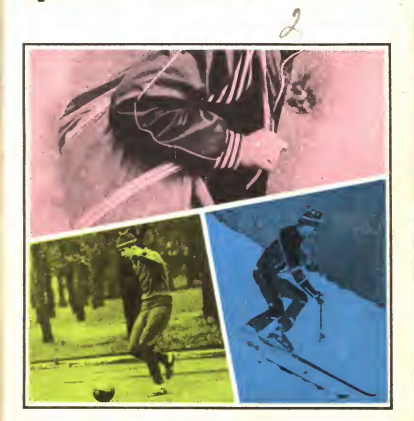
ЗНАНИЕ НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
факультет здоровья
5'84

Ю. Д. Глухов

Профилактика заболеваний предстательной железы

2



НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Факультет здоровья № 5, 1984 г.
Издается ежемесячно с 1964 г.

Ю. Д. Глухов,

заслуженный врач УССР,
кандидат медицинских наук

Профилактика заболеваний предстательной железы

Издательство «ЗНАНИЕ»
Москва 1984

ББК 56.9
Г 55

Автор: ГЛУХОВ Ю. Д., кандидат медицинских наук, заслуженный врач УССР.

Рецензент: И. П. Шевцов, доктор медицинских наук, профессор.

Глухов Ю. Д.

Г 55 Профилактика заболеваний предстательной железы. — М.: Знание, 1984. — 96 с. — (Нар. ун-т. Фак. здоровья; № 5)

15 к.

Есть болезни, которыми страдают только мужчины. Но знать о них необходимо всем их родственникам, от которых зависит профилактика и при необходимости домашний уход. Речь идет о заболеваниях предстательной железы, причинах их возникновения, механизмах развития, методах лечения и марах профилактики.

Брошюра рассчитана на широкий круг читателей.

4101000000

ББК 56.9
61

Редактор Б. В. САМАРИН

Введение

Заболевания предстательной железы занимают значительное место в урологии. Они известны давно. Уже у писателей древности встречаются описания расстройств мочеиспускания у мужчин пожилого возраста. Упоминания об этой патологии встречаются у Гиппократа.

Один из первых документов официального характера в России, который указывает на урологическое заболевание касается Петра I. В 1722 году во время похода на Персию у него впервые случился острый приступ. Лечили императора доктор Блюментрост и основатель Московского госпиталя, ныне Главного военного клинического госпиталя им. Н. Н. Бурденко доктор Зидлоо.

Лечение царя шло успешно, он счел себя здоровым и предпринял морское путешествие. Однако бот, на котором он находился, опрокинулся, и Петр I принял участие в спасении утопавших. Дело происходило поздней осенью, вода была холодной, и царь простыл. Простуда вызвала обострение болезни, которая приняла тяжелый характер, быстро прогрессировала, и вскоре император скончался. Смерть наступила в результате осложнений, развившихся в мочевой системе.

Заболевания предстательной железы встречаются в любом возрасте. Одни из них (острый и хронический простатит) наблюдаются преимущественно у мужчин молодого и зрелого возраста, другие (аденома и рак предстательной железы), напротив, являются заболеваниями пожилого и старческого возраста. Как в том, так и в другом случаях они причиняют больным немало беспокойств, нередко нарушают их трудоспособность, а порой делают весьма сложной и трудной даже саму жизнь. В то же время, как в этом сможет убедиться читатель брошюры, многие больные сами являются виновниками этого.

В настоящей брошюре речь пойдет о наиболее часто встречающихся заболеваниях предстательной железы, таких, как аденома и рак предстательной железы, острый и хронический простатит и некоторых осложнениях этих заболеваний.

Главная задача, которую мы поставили перед собой,—

дать читателю рекомендации по профилактике указанных заболеваний, исходя из убеждения в том, что возможности в этом направлении значительно шире, чем многие себе представляют. Рекомендации по профилактике включают как мероприятия общего порядка (укрепление и закаливание организма, повышение его сопротивляемости инфекции, поддержание общего физического тонуса, рационального питания), так и некоторых специальных мер по предупреждению конкретных заболеваний.

За последние десятилетия достигнуты значительные успехи в диагностике и лечении заболеваний предстательной железы. Возможности эти тем выше, чем раньше больной попадет к врачу. Те неудачи, которые порой еще встречаются в лечении заболевших, зависят не столько от самой болезни, сколько от позднего обращения к врачу или недостаточного терпения, недостаточной выдержки больных во время лечения. Причин этому достаточно много. Поэтому поведению больных при появлении признаков заболеваний предстательной железы нами уделено особое внимание.

Анатомия и физиология предстательной железы, ее связь с другими органами и системами

Предстательная железа (простата) представляет собой непарный железисто-мышечный орган, состоящий из большого количества железок. По своей форме предстательная железа напоминает каштан, вес ее 20—30 граммов. Она располагается под мочевым пузырем, прилегая сзади к прямой кишке, спереди — к лонным костям.

Простата анатомически тесно связана с органами мочевой системы — мочевым пузырем и мочеиспускательным каналом (уретрой). Располагаясь у дна и шейки мочевого пузыря, она охватывает начальную часть мочеиспускательного канала. Эта часть мочеиспускательного канала называется простатической.

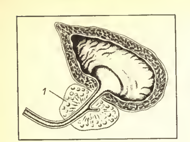
В железе различают две боковые (правая и левая) и среднюю доли. Боковые доли соединены между собой перешейком. Предстательная железа состоит из большого количества (около 50) железок, открывающихся в начальную часть мочеиспускательного канала.

При многих заболеваниях предстательной железы наблюдается увеличение ее объема. Это приводит к сдавлению мочевого пузыря и начальной части мочеиспускательного канала, что создает препятствие к оттоку мочи. В результате возникает застой мочи вначале в мочевом пузыре, а позднее по мере прогрессирования заболевания — в мочеточниках и почечных лоханках. Все это постепенно приводит к нарушению функции почек.

В тех случаях, когда заболевание быстро проходит, застойные явления исчезают и функция почек восстанавливается. Если же сдавление мочеиспускательного канала оказывается длительным, то наступающий при этом застой мочи в мочевом пузыре и почечных лоханках может привести к тяжелым, а в некоторых случаях даже необратимым нарушениям деятельности почек.

Но обо всем этом речь пойдет ниже.

В простатической части уретры между слизистым и мышечным слоями расположены рудиментарные железы, так называемые периуретральные, которые, по мнению



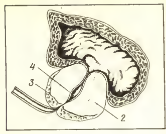


Рис. 1. Слева — здоровая предстательная железа (1). Справа — аденома (2). Она вытеснила железистую ткань простаты (3) и сдавила мочеиспускательный канал (4)

большинства ученых, и являются исходным пунктом развития некоторых заболеваний железы и, в частности, одного из самых распространенных — аденомы предстательной железы.

Своего полного развития предстательная железа достигает ко времени полового созревания (к 16—17 годам). К этому времени в железе максимально увеличиваются железистые элементы.

Основная функция предстательной железы заключается в выработке секрета (сока предстательной железы), необходимого для акта оплодотворения. Под влиянием сока предстательной железы ускоряется и может продолжаться довольно долго движение сперматозоидов. Так, экспериментально было установлено, что подвижность сперматозоидов при разведении в физиологическом растворе прекращается через три часа, а при разведении в соке предстательной железы увеличивается в семь-восемь раз.

Ученые установили, что действие сока предстательной железы на сперматозоиды специфично и действующим началом в данном случае является особый фермент, вырабатываемый железой.

При изменении состава секрета предстательной желе-

зы может нарушаться оплодотворительная способность эякулята.

Для полной регенерации сперматогенеза после полового акта необходимо пять-шесть дней. Поэтому при укорочении указанного срока восстановления сперматогенеза вследствие недостатка времени может еще не наступить. При этом уменьшается объем эякулята, количество в нем сперматозоидов и их подвижность.

Еще более выраженными количественные и качественные изменения секрета железы бывают при ее заболеваниях, особенно воспалительных. Аналогичные изменения наблюдаются и при врожденной или приобретенной недостаточности простаты.

Все, о чем до сих пор шла речь, относится к экскреторной (наружной) функции предстательной железы, когда ее секрет выводится из организма через мочеиспускательный канал. Однако предстательная железа обладает и внутренней (инкреторной) функцией, в результате которой выделяемые ею гормоны поступают в кровь, оказывая воздействие на организм в целом.

Выпадение внутренней функции железы может привести к тяжелым нервным и психическим расстройствам.

При неполноценности предстательной железы у мужчин может наблюдаться понижение общего тонуса, брадикардия (урежение пульса), гипотония (снижение артериального давления), понижение основного обмена. Эти люди бывают меланхоличными, безразличными, неврастеничными. У них бывают сердечно-сосудистые расстройства, явления стенокардии (боли в области сердца), одышка, экстрасистолия (нарушение сердечного ритма).

Прекращение секреции железы неизбежно влечет за собой потерю возможности совершения полового акта.

Заболевания предстательной железы

Аденома предстательной железы

Заболевание, называемое аденомой простаты, известно давно.

Впервые на причины задержки мочи у стариков обратил внимание известный римский врач Гален (131—200

годы н. э.). Он указывал, что моча задерживается в мочевом пузыре вследствие развивающегося препятствия в шейке пузыря и это связано с образованием в ней «наростов». Не вызывает сомнения, что Гален имел в виду изменения, наблюдающиеся при аденоме простаты.

Необходимо отметить, что в прошлом аденома встречалась относительно редко, так как человек просто не доживал до того возраста, когда ей свойственно развиваться.

В наше время, особенно с увеличением продолжительности жизни людей, аденома предстательной железы является настоящим бичом мужской половины человечества и относится к весьма распространенному заболеванию. Частота развития этой болезни возрастает пропорционально увеличению продолжительности жизни мужчин.

Аденома предстательной железы относится к тяжелому заболеванию, снижающему работоспособность, она нередко приводит к инвалидности. Среди причин летальности мужчин старше 55 лет эта болезнь занимает значительное место.

Факторами, способствующими развитию заболевания, являются: сидячий образ жизни, половые излишества, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность.

Заболевание имеет несколько синонимов. В настоящее время наиболее принятым считается название «аденома предстательной железы». В то же время читатель может встретиться и с другими названиями — гипертрофия предстательной железы, узловая или аденоматозная гиперплазия, аденоматозная дисгормональная простатопатия, простатизм и др.

Очень сложным остается вопрос о причинах (этиологии) развития аденомы предстательной железы.

Предложено немало различных теорий, объясняющих возникновение и развитие настоящего заболевания. Однако все они имеют свои недостатки, а потому вопрос этиологии и в настоящее время не может считаться полностью разрешенным. Остановимся очень кратко лишь на некоторых из теорий.

Согласно воспалительной теории аденома простаты

есть результат длительно протекающего хронического простатита.

Большое число сторонников было у теории новообразования. Ее авторы считали, что аденома простаты относится к доброкачественному новообразованию, которое в дальнейшем может перейти в злокачественную опухоль. Но и эта теория оказалась несостоятельной.

Наконец, следует сказать и о так называемой внутрисекреторной теории. Как клинические, так и экспериментальные исследования дают основание считать, что в этиологии простаты весьма важную роль играют нарушения эндокринного равновесия.

Известно, что предстательная железа является одной из желез полового аппарата. Ее функция тесно связана с функцией яичек, гипофиза, надпочечников, щитовидной железы.

Тот факт, что аденома простаты чаще всего является болезнью пожилого возраста, то есть того периода жизни человека, когда начинается угасание деятельности половых желез, позволяет сделать вывод о связи возникновения заболевания с нарушением функции половых желез. Именно поэтому некоторые исследователи считают, что аденома простаты есть одно из проявлений климактерического периода у мужчин, когда нарушается нормальный гормональный баланс.

В норме в мужском организме железами внутренней секреции вырабатываются половые гормоны, причем как мужские, так и женские. Мужские половые гормоны носят название андрогены, женские — эстрогены. Они в нормальных условиях находятся в определенных соотношениях, балансе. В пожилом возрасте наступают изменения гормонального баланса, развивается дисфункция половых гормонов, нарушается корреляция желез внутренней секреции. Каковы эти нарушения и какие из гормонов — эстрогены или андрогены — являются причиной аденомы предстательной железы, пока установить не удалось, хотя в этом направлении проводились значительные как клинические, так и экспериментальные наблюдения.

Можно сказать, что причины развития заболевания очень сложны и зависят не только от половых гормо-

нов. Играют определенную роль нарушения гормонального режима и других органов внутренней секреции, наблюдающиеся в климактерическом периоде мужчины.

Здесь, по-видимому, будет целесообразным сделать небольшое отступление и, предвидя вопрос читателя, хотя бы в самых общих чертах рассказать о климаксе мужчин. О существовании климакса у женщин все хорошо знают. Достаточно глубоко изучены механизмы его возникновения и способы лечения.

Но того же нельзя сказать о климаксе у мужчин. Долгое время само существование этого периода в жизни человека не всеми учеными и клиницистами признавалось. В то же время вопрос о мужском климаксе представляет собой не абстрактный интерес.

Само слово «климакс» греческого происхождения и в переводе означает «лестница, переход». Оно определяет некоторый отрезок времени в жизни организма, переходный период от зрелого к пожилому возрасту. Это понятие, как и старость, не должно восприниматься как болезненное состояние. Климактерический период в жизни как мужчины, так и женщины является одним из этапов индивидуального развития человека, этапов старения организма и может протекать в зависимости от того, происходит ли старение физиологически или преждевременно, патологически.

Однако течение климакса, проявляющееся заметными анатомическими и функциональными изменениями в организме и различными болезненными, то есть патологическими, проявлениями, встречается не всегда, а всего лишь у 20—25% мужчин.

Поэтому климакс и рассматривается в одних случаях как нормальное физиологическое явление, не требующее медицинского вмешательства, а в других — как патологическое состояние, уже требующее соответствующего лечения.

Так или иначе, но даже при явном нарушении гормонального баланса аденома простаты возникает не всегда. Следовательно, для возникновения болезни нужны и другие причины и благоприятствующие заболеванию факторы.

Установлено, что у людей, ведущих малоподвижный образ жизни, при отсутствии физического труда и рационального питания, заболевание встречается значительно чаще, чем у тех, кто занимается физическим трудом.

Теперь остановимся на патогенезе (механизмах развития патологического процесса) аденомы простаты. Но вначале вспомним, что в простатической части уретры между слизистым и мышечным слоями расположены рудиментарные железы, которые называются периуретральными. Так вот именно эти железы являются исходным пунктом возникновения аденомы.

Раньше господствовал взгляд, что при аденоме простаты могут увеличиваться все ее части — боковые и средняя. Это увеличение чаще бывает неравномерным, а иногда может увеличиваться лишь какая-либо из указанных долей. В настоящее время многие ученые считают твердо установленным, что опухоль развивается не из самой железы, а из периуретральных желез.

Вследствие роста опухоли сама простатическая железа постепенно отодвигается к периферии и вследствие оказываемого на нее давления растущей опухолью подвергается атрофии. Постепенно она (простата) истончается и превращается как бы в капсулу вокруг опухоли.

Указанные периуретральные железы могут разрастаться неравномерно, чем и объясняется кажущееся увеличение отдельных долей простаты. Рядом с возникшим большим узлом может образоваться еще один или несколько маленьких.

Узлы разнятся между собой размерами и весом. При этом клиническое проявление, течение заболевания не всегда зависят от величины и веса узлов. Наблюдаются случаи, когда аденома диаметром около половины сантиметра и весом в один грамм, в силу своего расположения вдаваясь в просвет мочевого пузыря, закрывает внутреннее отверстие уретры, вызывая выраженное нарушение состояния больного. А в других случаях аденоматозные узлы довольно крупных размеров на состоянии больных сколько-нибудь существенно не отражаются.

Аденоматозные узлы могут расти в разных направлениях. В тех случаях, когда разрастание идет в мочевой пузырь, врачи говорят о внутрипузырной форме адено-

мы. Когда же разрастание идет к боковым долям, затрагивая при этом сфинктер мочевого пузыря, то это свидетельствует о подпузырной форме.

Аденома предстательной железы вызывает изменение простатической части уретры. Последняя от сдавления увеличенными боковыми долями железы удлиняется. Когда же увеличивается какая-либо одна доля, то под ее давлением может наступить искривление уретры. В таком случае при задержке мочи трудно произвести катетеризацию мочевого пузыря.

Итак, аденома предстательной железы не обязательно влечет за собой нарушение мочеиспускания. Клинические симптомы, связанные с таким нарушением, проявляются большей частью при увеличении средней доли. Внутрипузырная форма аденомы в большей мере, чем другие, сопровождается выраженными клиническими проявлениями и анатомическими изменениями в мочевом пузыре, а в ряде случаев мочеточников и почек.

Увеличенная средняя доля часто мешает нормальному опорожнению мочевого пузыря. А иногда, превращаясь в своеобразный клапан, она закрывает внутреннее отверстие мочеиспускательного канала, что может привести к полной задержке мочи.

При увеличении количества мочи в мочевом пузыре повышается внутрипузырное давление. Это приводит к перерастяжению пузыря и к явлениям застоя мочи в мочеточниках и почках.

Таким образом, при аденоме предстательной железы наблюдаются два явления — увеличение количества мочи и затруднение мочеиспускания. Все это требует усилий от детрузора (мышцы мочевого пузыря) для полного опорожнения мочевого пузыря.

Вначале в силу усиленного сокращения мышцы мочевого пузыря удается освободить его от мочи. Однако с течением времени препятствия в мочевом пузыре нарастают, возможности компенсаторного сокращения мышц достигают предела и развивается их атрофия. В результате стенки пузыря постепенно истончаются и мочевой пузырь уже полностью не опорожняется, часть мочи остается в пузыре. Эта остающаяся в мочевом пузыре моча называется остаточной. С развитием атонии моче-

вого пузыря количество остающейся в нем мочи увеличивается, иногда значительно.

Под влиянием увеличения объема остаточной мочи внутри мочевого пузыря повышается давление, которое распространяется на верхние мочевые пути. В результате наступает растяжение стенок мочеточников, они расширяются, перистальтика их (сокращение) ослабевает. Со временем аналогичные изменения наступают в почечной лоханке. Скапливающаяся в лоханке моча оказывает давление на почечную паренхиму, вызывая ее истончение (атрофию), в результате чего нарушается функция почек.

Клиническая картина аденомы простаты. В ряде случаев распознать аденому предстательной железы бывает трудно, так как анатомические изменения в простате далеко не всегда соответствуют клиническому проявлению заболевания.

Дело в том, что иногда при значительных анатомических изменениях клиническая картина остается слабо очерченной. По наблюдению урологов, у значительной части мужчин при наличии анатомических изменений, характерных для аденомы предстательной железы, длительное время не отмечается никаких симптомов. К врачам такие больные не обращаются и, по существу, могут считаться здоровыми.

Клиническое проявление заболевания начинается лишь тогда, когда в процесс вовлекается мочевой пузырь, появляются признаки нарушения функции мочевого пузыря и мочеиспускания.

И все же в настоящее время урологи в соответствии с характерным течением аденомы простаты в состоянии поставить правильный диагноз и назначить больному соответствующее лечение.

Течение болезни делят на три стадии. Такое деление в известной степени условно, схематично. Однако оно в большинстве случаев позволяет правильно определить этап заболевания, что играет важную роль в выборе метода лечения.

Иногда больные недоумевают, почему врач одному больному, страдающему аденомой предстательной железы, предложил операцию, а другому порекомендовал

консервативное лечение. Объяснить различные решения врача можно тем, что в выборе метода лечения наряду с многими моментами (общее состояние, состояние сердечно-сосудистой системы и др.) учитывается и стадия заболевания. Но об этом речь пойдет ниже. Сейчас же мы познакомим читателя со стадиями заболевания.

Первая стадия — начальная, стадия предвестников. Основным ее признаком является затрудненное мочеиспускание. Указанный симптом нередко бывает слабо выраженным, существенно не нарушает состояние больных, не снижает их работоспособности или умеренно нарушает ее. В результате в этой стадии больные обычно не считают нужным обращаться к врачу.

Наиболее частым, нередко первым и долгое время, может быть, единственным симптомом заболевания является учащенное мочеиспускание. Оно обычно наблюдается ночью. Больные, ранее не встававшие мочиться по ночам, вдруг начинают вставать один-два раза, а затем и чаще — четыре-пять раз. Сами больные могут не придавать значения этим симптомам, не замечать их и лишь при опросе врача, особенно при сравнении настоящего состояния с бывшим несколько лет назад, по-настоящему оценивают наступившие изменения.

Нередко наблюдаемые изменения в начале заболевания (в первой стадии) сами больные объясняют излишним употреблением жидкости перед сном, бессонницей и другими не имеющими отношения к аденоме причинами. Постепенно количество ночных мочеиспусканий начинает возрастать. Учащаются и дневные мочеиспускания.

Учащение мочеиспускания в первой стадии заболевания различные ученые объясняют по-разному. Одни считают, что это результат повышения притока крови к предстательной железе, другие обращают внимание на увеличение количества выделяемой мочи.

Расстройство преимущественно ночного мочеиспускания объясняют также влиянием постельного режима, тепла и замедленного кровообращения во время сна. Все это способствует возникновению застойных явлений в тазу, набуханию аденомы.

Позыв на мочеиспускание может быть не только учащенным, но и повелительным (императивным), неудержи-

мым. Уже при малейшем позыве на мочеиспускание больной должен немедленно его удовлетворить. Иногда появляется неудержание мочи, которое особенно сильно проявляется по ночам. Больной просыпается мокрым или, проснувшись, не успевает самостоятельно помочиться. К счастью, такой симптом в первой стадии заболевания не является обязательным. Но когда он проявляется, то причиняет больным немало неприятностей и беспокойств.

В дальнейшем больной замечает, что акт мочеиспускания наступает не сразу, он затруднен; больному приходится несколько выждать, как бы «настроиться», натужиться, пока начнется выделение мочи. Опорожнить мочевой пузырь становится все труднее, а иногда и просто невозможно. Больному приходится изыскивать определенные условия для успешного акта мочеиспускания, которые стали бы для него привычными.

В разгаре первой стадии заболевания могут появляться изменения и в характере струи при мочеиспускании — она делается вялой, тонкой, сила ее постепенно ослабевает, она падает отвесно вниз, может принимать различную форму, направление, иногда раздваивается, делается веерообразной. К концу мочеиспускания моча нередко идет совсем вяло, часто каплями. Весь акт мочеиспускания заметно удлиняется. Появляется ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Желая вывести всю мочу, больные сильно натуживаются или через некоторое время вынуждены повторить акт мочеиспускания, выделив при этом незначительное количество мочи.

Вполне понятно, что при таких состояниях нарушается общее состояние больных, появляется раздражительность, повышенная нервозность, снижается их работоспособность.

Однако описанная картина болезни в первой стадии встречается довольно редко. Расстройства мочеиспускания могут полностью исчезать на довольно длительный срок. Появление затруднений мочевыведения больные обычно связывают с физическим утомлением, простудой, нарушением диеты, употреблением спиртных напитков.

В этой стадии даже при наличии нарушения мочеиспускания детрузор (мышца мочевого пузыря) все же

сохраняет способность полностью опорожнять его и общее состояние больных может оставаться достаточно удовлетворительным.

Так называемой остаточной мочи в первой стадии нет, или она не превышает 50 миллилитров. Болезнь может длительное время (у некоторых больных многие годы) существенно не изменять своего течения. Но чаще заболевание прогрессирует, и через неопределенный срок сложившееся равновесие (компенсация) нарушается, резервная сила детрузора постепенно иссякает, и тогда болезнь переходит во вторую стадию.

Вторая стадия. В этой стадии все явления, характерные для первой стадии, сохраняются, но становятся более выраженными, более интенсивными. Главным проявлением второй стадии является наличие остаточной мочи, так как мышца мочевого пузыря уже не в состоянии преодолеть препятствие, образующееся в шейке пузыря, и вывести всю мочу. Часть ее остается в пузыре после каждого мочеиспускания. Количество остаточной мочи во второй стадии может быть от 100 до 400—600 миллилитров, а иногда и выше.

Многие больные ощущают, что мочевой пузырь у них полностью не опорожняется, появляется чувство тяжести в нижней части живота. Другие, напротив, не испытывают никаких неприятных ощущений даже тогда, когда перерастягивается у них мочевой пузырь до такой степени, что может содержать литр, а иногда и много больше мочи. У таких больных переход болезни во вторую стадию происходит почти незаметно.

И все же субъективные симптомы во втором периоде хотя и могут быть те же, что и в первом, но они выражены сильнее — учащается и более резко затрудняется не только ночное, но и дневное мочеиспускание. Степень выраженности этих симптомов значительно колеблется.

Встречаются больные, вынужденные мочиться даже каждые пять — десять минут, в то же время бывают и такие, которые мочатся три-четыре раза за ночь, несмотря на наличие у них значительного количества остаточной мочи. Чаще все же число ночных мочеиспусканий бывает пять-шесть. При этом, как правило, наблюдается тонкая очень вялая струя мочи.

Состояние больного постепенно ухудшается. Он начинает мочиться малыми порциями, а иногда позывы оканчиваются вовсе безрезультатно. При каждом мочеиспускании больной вынужден сильно натуживаться, принимать различные положения. Иногда моча в течение какого-то времени вовсе не отходит, а затем после движений мочеиспускание вновь восстанавливается.

Во втором периоде вследствие частых ночных позывов на мочеиспускание нарушается ночной сон, от чего больные сильно страдают. Нарушается аппетит, возникает сухость во рту, жажда. Нередко к этому присоединяются расстройства деятельности кишечника, чаще в виде запоров. Появляется общая слабость, разбитость, быстрая утомляемость, снижается, а иногда и полностью нарушается работоспособность больных.

Функция мочеиспускания в эту стадию развития болезни может нарушаться до такой степени, что возникает острая задержка мочи. Но так бывает далеко не всегда. Иногда вторая стадия, как и первая, протекает со столь слабо выраженными признаками, что больной относит наблюдаемые явления к старению и нарастающей дряхлости.

Здесь нельзя не сказать о закономерности, которая заключается в следующем. Если переход первой стадии во вторую наступает не всегда, то вторая рано или поздно неизбежно переходит в третью стадию болезни.

Третья стадия. Характерным для этой стадии развития аденомы простаты является дальнейшее снижение сократительной способности мочевого пузыря. Нередко эта способность падает до минимума, и развивается полная атония мочевого пузыря. Последний в таком случае резко растягивается и может достичь таких размеров, что контуры его бывают видны на глаз в виде большой шаровидной или овальной опухоли, выпячивающей стенку живота. Количество остаточной мочи все увеличивается и может достигнуть двух-трех литров, а в отдельных случаях и больше. Нам пришлось наблюдать больного, у которого в мочевом пузыре оказалось около пяти литров мочи.

Несмотря на частые позывы, нормальное мочеиспускание у больного в этот период обычно отсутствует.

Струя мочи резко истончается, делается вялой, количество выделяемой мочи заметно снижается. В далеко зашедших случаях она выделяется не струей, а каплями.

Наряду с переполнением мочевого пузыря из-за задержки мочи наблюдается явление сначала ночного, а затем и дневного непроизвольного выделения мочи. Наступает недержание мочи. При этом мочевой пузырь по-прежнему остается переполненным. Лишь часть мочи непроизвольно вытекает. Такое явление — недержание мочи вследствие ее задержки — врачи называют парадоксальной ишурией. В этом состоянии, когда почти постоянно каплями непроизвольно выделяется моча, больной уже не может обходиться без мочеприемника, или он вынужден несколько раз в день выводить мочу с помощью катетера.

Вследствие постоянного выделения мочи больным бывает трудно поддерживать элементарные гигиенические правила. Они бывают постоянно мокрыми, от них исходит неприятный запах. Этого в какой-то степени можно избежать, если пользоваться мочеприемником.

Заметно нарушается и общее состояние больных. Они угнетены, теряют аппетит, малоподвижны, у них появляется жажда, тошнота, головная боль и другие проявления общей интоксикации организма и обезвоживания, вызванные изменениями функции почек.

В третьей стадии болезни наблюдаются наиболее выраженные анатомические изменения прежде всего в мочевом пузыре. Наступает резкое истончение его стенки, развивается атония пузыря.

При аденоме предстательной железы могут быть и сексуальные расстройства. Известно, что сексуальный тонус в организме поддерживают половые гормоны. А с падением гормональной деятельности половых желез связано уменьшение сексуального тонуса.

Клинические наблюдения показывают, что по мере приближения к 60 годам у мужчин происходит снижение потенции. После 60 лет отмечается более быстрое ее падение. Однако наблюдаются значительные колебания как в ту, так и другую сторону. Довольно часто встречается сохранение половой функции у мужчин

в возрасте и после 70 лет. Причина этих колебаний во многом зависит от индивидуальных особенностей организма.

Ученые-урологи отмечают, что у значительной части больных аденомой предстательной железы половая функция не снижается. Лишь тяжесть самого заболевания, в особенности когда оно запущено, резко снижает половую активность.

Однако при раннем обращении к врачу, после своевременно выполненной операции потенция, как правило, быстро восстанавливается, и больные во многих случаях сохраняют способность к половой жизни до глубокой старости. Мы наблюдали несколько больных уже в солидном возрасте, которые после операции по поводу аденомы предстательной железы вступали даже в брак.

Грозным симптомом предстательной железы является острая задержка мочи. Приведем одно из многочисленных наших наблюдений.

В стационар «скорой помощью» был доставлен больной К., 62 лет, который последние 12—14 часов, несмотря на частые и очень сильные позывы к мочеиспусканию, помочиться так и не смог.

Больной возбужден. При появлении очередного позыва к мочеиспусканию стонет, мечется по палате, беспрерывно бегает в туалет, напрягается, натуживается, но безрезультатно. Он бледен. На лице выражение страдания. Пульс учащен. Живот вздут, выбухает в виде шара в надлобковой области, резко болезнен даже при легком прикосновении. Уже по одному внешнему виду можно судить о тяжелом состоянии, вызванном острой задержкой мочи.

Больному провели катетеризацию, а затем предложили радикальную операцию по поводу аденомы простаты, на что он дал согласие. Все кончилось благополучно.

Острая задержка мочи — такое состояние, когда больной не в состоянии самостоятельно опорожнить переполненный мочевой пузырь, несмотря на мучительные позывы к мочеиспусканию. Произойти она может в любом периоде аденомы предстательной железы.

Указанное осложнение встречается довольно часто. По мнению ряда клиницистов-урологов, редкий больной,

страдающий аденомой предстательной железы, в течение своей жизни не имеет хоть одного случая острой задержки. Больные чаще всего обращаются к врачу именно по поводу острой задержки мочи. Последней не всегда предшествует достаточно выраженное клиническое проявление болезни. В таких случаях больные нередко избегают обращаться к врачу, допуская тем самым большую ошибку.

Механизм развития острой задержки мочи заключается во внезапном значительном отеке предстательной железы на почве застоя крови в ее венах. Вследствие этого происходит сдавление уретры и нарушение ее проходимости.

Задержке мочи способствуют также переедание, охлаждение, длительное сидение или лежание, нарушения работы кишечника, особенно запоры, половые излишества, вынужденное задержание мочи, физическое переутомление и другие моменты. Все это ведет к застою крови в малом тазу, набуханию увеличенной предстательной железы. Следует подчеркнуть, что особенно часто способствующим моментом в развитии острой задержки мочи при аденоме предстательной железы является употребление спиртных напитков, причем даже в небольших дозах.

При задержке мочи больной не в состоянии, несмотря на все свои усилия и мучительные позывы к мочеиспусканию, выделить даже каплю мочи. В таком случае появляются резко болезненные спазмы мочевого пузыря, нарастающие по мере переполнения его мочой.

Если в одних случаях острая задержка мочи наступает совершенно неожиданно у человека, считавшего себя до этого момента вполне здоровым, то в других она развивается постепенно на протяжении одного-двух дней и даже больше. При этом отмечается резкое учащение мочеиспускания, нарастание остаточной мочи, постепенное ухудшение акта мочеиспускания и, наконец, полное его прекращение.

Мы наблюдали одного больного, считавшего себя здоровым, у которого на следующее утро после употребления алкоголя моча стала выделяться только при сильном натуживании тонкой струей, малыми порциями. Его со-

стояние быстро ухудшалось, струя делалась все тоньше, напор ее ослабевал, она стала вялой, прерывистой, и вскоре моча совсем перестала выходить.

Через несколько дней больной был доставлен в стационар с растянутым почти до пупка мочевым пузырем и полным отсутствием произвольного мочеиспускания. Ему провели хирургическое лечение.

Лишь немногие больные относительно спокойно переносят острую задержку мочи, да и то пока мочевой пузырь не перерастянут. Абсолютное же большинство очень сильно от этого страдает. Замечено, что, чем раньше возникает острая задержка мочи, тем она тяжелее переносится больными. Так, наступившая в первой или второй стадиях, она вызывает более тяжелые ощущения, чем при третьей стадии, хотя количество остаточной мочи в третьей стадии значительно больше.

Указанные явления можно объяснить тем, что, чем дальше зашла болезнь, тем больше растягивается мочевой пузырь, тем больше в нем остается мочи после мочеиспускания. В результате наступает определенная приспособляемость организма.

Бывает и так, что острая задержка мочи самопроизвольно разрешается, и в таких случаях акт мочеиспускания в той или иной степени восстанавливается. Однако чаще, если больному не оказана помощь, задержка мочи продолжается сутки и больше. Ее продолжительность в известной мере зависит от выносливости больного и от количества выпиваемой жидкости.

Некоторые ученые описывают случаи, когда у больного, оказавшегося вдали от населенного пункта, где бы он мог получить срочную медицинскую помощь, переполнение мочевого пузыря достигает своего максимума, и тогда происходит разрыв пузыря. Этому способствуют алкогольное опьянение и ушибы нижней части живота. Такое очень грозное и опасное для жизни осложнение требует немедленного оперативного вмешательства.

Из всего сказанного следует, что клиническая картина аденомы предстательной железы, несмотря на ее общие характерные черты, чрезвычайно разнообразна.

Течение болезни, и это установлено большинством

ученых, не столько зависит от величины аденомы, сколько от способности пузыря реагировать на растущее сопротивление для его опорожнения гипертрофией (увеличением) своих мышечных элементов.

Все случаи заболевания урологи разделяют на две клинические формы: с неблагоприятным и благоприятным течением. О первой форме говорят тогда, когда с начала болезни клинические явления неуклонно прогрессируют при сравнительно небольшом периоде удовлетворительного состояния. В этих случаях переход из первой стадии во вторую и из второй в третью происходит быстро. Так же быстро развиваются и осложнения заболевания.

Таких больных обычно непродолжительное время лечат амбулаторно. Они нуждаются в помещении в урологический стационар, так как консервативное их лечение дает слабый и непродолжительный эффект.

Ко второй форме (с благоприятным течением) относят те случаи, когда болезнь с самого начала развивается медленно, часто в течение многих лет, а иногда даже двух-трех десятилетий. Клинические явления у таких больных не имеют особой наклонности к прогрессированию, одна стадия болезни очень медленно переходит в следующую. Даже после острой задержки мочи, которая может наступить после какого-нибудь нарушения диеты, переохлаждения, опьянения, акт мочеиспускания вновь восстанавливается, и больные продолжительное время чувствуют себя удовлетворительно. В этих случаях достаточно эффективным подчас оказывается консервативное лечение.

Разумеется, деление на указанные две формы (с неблагоприятным и благоприятным течением), равно как и на стадии заболевания (первая, вторая, третья), весьма условно.

И все же указанное деление помогает точнее установить диагноз болезни. Естественно, многое зависит и от своевременности обращения больного за медицинской помощью. Чем раньше больной покажется врачу, тем легче выбрать наиболее целесообразный метод лечения и тем меньшая вероятность осложнений болезни.

На возможных **осложнениях аденомы простаты** мы и остановим теперь внимание читателя.

Аденома предстательной железы у большинства больных сопровождается рядом осложнений. К наиболее частым из них следует отнести развитие инфекции мочевых путей, образование камней мочевого пузыря, а иногда почек и мочеточников, острую задержку мочи, почечную недостаточность. Эти осложнения иногда достигают такой степени, что не только вызывают серьезные расстройства, порой резко ухудшающие самочувствие больных и течение болезни, но в ряде случаев даже становятся опасными для жизни больного.

Следует иметь в виду, что осложнения, как правило, не связаны с длительностью заболевания аденомой предстательной железы. Хотя чаще они проявляются во второй и особенно в третьей стадиях болезни.

Такое осложнение, как присоединение инфекции, приводит к развитию уретрита (воспаление мочеиспускательного канала), эпидидимита (воспаление придатка яичка), орхита (воспаление яичка), цистита (воспаление мочевого пузыря), простатита (воспаление предстательной железы), пиелита (воспаление почечных лоханок), пиелонефрита (воспаление почек).

Остановимся вкратце на некоторых наиболее часто встречающихся осложнениях.

Уретрит — воспаление мочеиспускательного канала. В уретре всегда имеются различные микроорганизмы. Однако они в нормальных условиях не вызывают каких-либо болезненных явлений.

В механизме развития этого осложнения, кроме инфекционного начала, большую роль играет механическое раздражение, микротравма, которые неизбежны при катетеризации.

Заболевание проявляется обильными гнойными выделениями из уретры, жжением в канале, болезненными эрекциями.

Подобные уретриты довольно легко поддаются лечению. Нередко бывает достаточно удалить катетер, чтобы воспалительные явления прошли самостоятельно. Однако чаще возникает необходимость в проведении специального лечения.

Эпидидимит и орхит — воспаление придатка яичка и самого яичка. Нередко развивается при каком-либо раздражении мочеиспускательного канала. И здесь причиной может быть катетеризация, особенно если она производится многократно.

Однако воспаление придатка и самого яичка способно развиться и без катетеризации. Например, при проникновении инфекции в указанные органы гематогенным путем (через кровь).

Степень клинического проявления указанных осложнений бывает различной. Заболевание чаще развивается бурно. Внезапно повышается температура. Яичко быстро увеличивается в размерах, оно становится напряженным, плотным, резко болезненным. Наблюдается покраснение соответствующей половины мошонки. Боли нередко иррадиируют (отдают, распространяются) в паховую область. Острые явления держатся обычно пять — семь дней, а затем начинают постепенно стихать.

В некоторых случаях заболевание начинается медленно с небольшого уплотнения и припухлости в области яичка, умеренных болей, небольшого повышения температуры.

При развитии эпидидимита и орхита больному необходимо лечь в постель, придать яичку возвышенное положение и вызвать врача. В ожидании его прихода можно применить легкое тепло, согревающий компресс на мошонку.

Цистит (воспаление мочевого пузыря) — самое частое осложнение при аденоме предстательной железы. Урологи считают, что цистит при аденоме рано или поздно развивается у каждого больного. В основе заболевания лежит инфекция, которая проникает в мочевой пузырь либо вследствие катетеризации, либо может проникнуть из уретры, кишечника, крови.

Клиническая картина заболевания может быть весьма различной. В одних случаях она бывает умеренной, в других — резко выраженной. Болезнь характеризуется учащенными позывами на мочеиспускание, которые в отдельных случаях бывают весьма императивными вплоть до неудержания мочи. Появляются боли при мочеиспускании, которые также могут быть достаточно силь-

ными. В конце мочеиспускания иногда появляется кровь. Моча нередко делается мутной.

Так как большинство микробов, вызывающих воспаление мочевого пузыря, способно расщеплять мочевину, освобождающийся при этом аммиак придает инфицированной моче характерный неприятный, резкий, зловонный запах. При длительном цистите такой запах наблюдается довольно часто. Это психологически отягощает состояние страдающих аденомой простаты, затрудняет их пребывание в семье, обществе, вызывает подчас тяжелые переживания. Лечебные меры в большинстве случаев быстро ликвидируют эти явления.

Цистит способен развиться в любой стадии аденомы предстательной железы. Однако возникший в первой стадии болезни, он чаще проходит. Если же он наступает во второй и особенно в третьей стадиях, то, как правило, приобретает хроническое течение и до устранения основной причины (аденомы железы) плохо поддается лечению.

Во избежание перехода цистита в хроническую форму, что создает угрозу для распространения инфекции на мочеточники и почки, больному незамедлительно следует обратиться к урологу.

Камни мочевого пузыря. При аденоме предстательной железы в мочевом пузыре образуются камни. Они бывают как одиночными, так и множественными.

Частота образования камней в мочевом пузыре при аденоме весьма различна. Так, одни урологи обнаруживают их у каждого двадцатого, а другие — у четвертого больного. Это свидетельствует о том, что в возникновении камней мочевого пузыря, кроме аденомы предстательной железы, играют роль и другие факторы. Многие ученые в первую очередь относят к ним погрешности в питании (об этом речь пойдет ниже).

Образование камней в мочевом пузыре резко осложняет течение аденомы прежде всего тем, что камни усиливают картину цистита, способствуют не только его поддержанию, но и прогрессированию. Лечение цистита в этих случаях оказывается безуспешным, пока не будет удален камень.

Кровотечение. Довольно частым явлением при аде-

номе предстательной железы является кровотечение (гематурия). Частота ее появления весьма различна (от 20 до 60—70%). Когда кровотечение умеренное и наличие крови определяется лишь под микроскопом, врачи говорят о микрогематурии. Если же кровотечение значительное и уже при простом осмотре видно, что моча окрашена кровью или в ней даже содержатся сгустки крови, говорят о макрогематурии. Последняя встречается реже.

По мнению большинства ученых, главным предрасполагающим к кровотечению моментом является венозный застой в органах малого таза, особенно в предстательной железе и мочевом пузыре. Так как при аденоме в мочевом пузыре застаивается моча, а последняя нередко инфицируется, все это ведет к нарушению целости слизистой мочевого пузыря, что создает благоприятные условия для возникновения кровотечения.

Способствует кровотечению и склероз сосудов, при котором легко наступает их ломкость. С возрастом склероз сосудов увеличивается. Установлено, что чем значительнее выражен склероз сосудов и чем сильнее расширены вены, тем чаще встречается кровотечение. Признаками, указывающими на расширение вен органов таза, является наличие у этих больных геморроя, расширения вен яичка и нижних конечностей.

Кровотечение у больных, страдающих аденомой предстательной железы, может возникать внезапно, произвольно, без какой-либо внешней причины и держаться от нескольких часов до нескольких дней и даже недель. Длительная гематурия, да если она еще интенсивная, — весьма опасное явление, которое в отдельных случаях даже угрожает жизни больного. В этих случаях может возникнуть необходимость в немедленной операции.

Вот почему так важно, чтобы больные, у которых возникло кровотечение, немедленно обратились к врачу. Они это должны сделать даже в тех случаях, если кровотечение прекратилось или уменьшилось и моча стала менее интенсивно окрашенной кровью или при простом осмотре вовсе не окрашенной. Дело в том, что кровотечение в любой момент может повториться, причем с еще большей силой. Только врач в состоянии преду-

смотреть такую возможность и дать больному необходимые рекомендации, а в показанных случаях направить его в больницу.

Своевременное обращение, а правильнее сказать, раннее обращение к врачу при кровотечении очень важно еще и потому, что аденома предстательной железы является далеко не единственной и даже не главной причиной этого осложнения. Нередко кровотечения из мочевого пузыря могут быть обусловлены другими причинами, например опухолью мочевого пузыря или почек.

Вряд ли нужно убеждать читателя в том, насколько важно определить указанные причины. Сделать это может только врач, в первую очередь уролог.

Для определения источника гематурии главное значение имеет специальное инструментальное исследование, которое называется цистоскопией.

Речь идет об осмотре полости мочевого пузыря с помощью прибора, называемого цистоскопом. Указанный прибор имеет лампочку и, будучи подключенным к электросети, позволяет осмотреть мочевой пузырь.

Цистоскопия дает врачу возможность установить, из какой части мочевого тракта (мочевого пузыря или почек) оно происходит. В некоторых же случаях при кровотечении из мочевого пузыря удается остановить это кровотечение с помощью электрокоагуляции (электроприжигания), выполненной через цистоскоп. Если же кровоточит почка, то с помощью цистоскопии определяется, какая именно (правая или левая). В таком случае врач уточняет методы наиболее рационального и эффективного лечения.

При аденоме предстательной железы могут наблюдаться также осложнения со стороны **почек и мочеточников.** Как правило, эти осложнения проявляются в третьей стадии заболевания.

Дело в том, что затрудненное опорожнение мочевого пузыря, увеличение в нем остаточной мочи приводят к повышению внутрипузырного давления, а это отрицательно отражается на функции почек, постепенно вызывая их изменения. Возникшие изменения длительное время остаются функциональными, нестойкими, компенсированными, и лишь при длительно существующей задержке

мочи наступают стойкие анатомические преобразования. Следовательно, функциональные нарушения развиваются раньше и предшествуют анатомическим.

Здесь следует подчеркнуть, что, если изменения носят функциональный характер, они легко изчезают и функция почек полностью восстанавливается, как только устраняется задержка мочи в мочевом пузыре. В тех же случаях, когда наступают анатомические нарушения, функция может не восстановиться даже при устранении вызвавшей их причины.

Вот почему так важно, чтобы больные аденомой предстательной железы как можно раньше обращались к врачу, когда еще не образовались необратимые анатомические изменения мочевой системы и когда, следовательно, своевременное проведение необходимых лечебных мер обеспечивает полное функциональное восстановление почек и мочевого пузыря.

Одним из ранних признаков, свидетельствующих о нарушении функции почек, является увеличение суточного количества мочи — полиурия. Суточное количество мочи (суточный диурез) в среднем составляет 1200—1500 миллилитров. Он увеличивается при обильном питье и, напротив, уменьшается при резком сокращении количества выпиваемой жидкости.

Суточный диурез может также меняться в зависимости от погоды. Так, в жаркую погоду в связи с повышенной потливостью он уменьшается, а в холодную — увеличивается. Все это нормальное физиологическое колебание суточного диуреза.

Когда же мы говорим о полиурии при аденоме предстательной железы, то имеем в виду уже патологию. Полиурия может встречаться во всех стадиях болезни, но особенно выраженной она бывает во второй и третьей стадиях.

Полиурия в первой стадии аденомы — редкое явление. В этой стадии иногда даже наблюдается обратная картина — некоторое уменьшение количества суточной мочи (около 1000 миллилитров). Можно сказать, что почки, как бы стремясь компенсировать затрудненное выведение мочи, уменьшают ее количество.

Происходит также замедление диуреза. Это проявля-

ется тем, что большая часть выпитой жидкости выделяется в последние часы дня и ночью. В результате возрастает частота ночных мочеиспусканий.

Итак, в дневное время моча почти не выводится. А чем дольше она задерживается в мочевом пузыре и, как следствие, повышается давление в пузыре и в почках, тем больше развивается изменений в почечной ткани и нарушаются функции почек. В результате понижается удельный вес мочи, доходя в выраженных случаях до 1007—1008. В последующем нарастает полиурия, достигая иногда двух-трех литров и даже больше. При лабораторном анализе мочи в ней обнаруживают белок, зернистые или гиалиновые цилиндры.

Развивающиеся постепенно анатомические изменения ведут к еще большим нарушениям почечной функции. Суточный диурез может достигнуть четырех-пяти литров. Средний же удельный вес мочи держится на очень низких цифрах (1003—1005).

При дальнейшем прогрессировании заболевания полиурия сменяется олигурией (уменьшением количества мочи). Резко снижается способность почек выводить из организма шлаки. В результате наступает своеобразное отравление организма, что весьма значительно отражается на общем состоянии больных, которое постепенно ухудшается и может стать критическим.

Если к указанным явлениям присоединится инфекция, то клиническая картина резко утяжеляется. Токсическое влияние инфекции может заметно увеличить недостаточность почек. При этом и без того тяжелое состояние больных резко ухудшается — язык делается сухим, исчезает аппетит, появляется дурной вкус во рту, сильная жажда, кишечные расстройства. В ряде случаев эти осложнения сопровождаются повышением температуры тела до высоких цифр, потом выраженной общей слабостью.

Желудочно-кишечные расстройства у больных аденомо предстательной железы встречаются не так уж редко. Чаще всего такие больные страдают запорами. Причина этого заложена не только в возрасте и малоподвижности образа жизни, который вынуждены вести больные, но также в рефлекторно развивающейся атонии кишечника.

Потеря аппетита, тошнота, рвота, обложенный язык,

сухость во рту, поносы, сменяющиеся запорами, и другие желудочно-кишечные расстройства — довольно частые явления у наших больных.

Итак, мы перечислили наиболее часто встречающиеся осложнения аденомы предстательной железы. Как, видимо, заметил читатель, заболевание аденомой предстательной железы может протекать достаточно тяжело. Правда, в последнее время тяжелые формы стали встречаться реже. В прошлом болезнь нередко проходила все три стадии. Объяснялось это, с одной стороны, слабой санитарной культурой больных, а с другой — недостаточным количеством врачей-урологов, особенно в поликлинической сети.

Имело место и сравнительно большое количество неудачных исходов при операциях, которые в основном являлись результатом позднего обращения больных за медицинской помощью.

Создавался порочный круг: больной из-за боязни последствий операции длительное время не обращался к врачу. А болезнь прогрессировала и проводила к нарушениям функции почек, тяжелой общей интоксикации, к глубоким изменениям всего организма. Наконец заболевание приобретало такую форму и выраженность, когда больной уже не мог не обратиться к врачу. В результате предпринималась операция.

Но состояние больного становилось настолько тяжелым, что хирургическое вмешательство фактически выполнялось по жизненным показаниям, как крайняя мера. Не удивительно, что число осложнений при этом было значительным.

Следовательно, обращение больных к врачу уже при первых признаках заболевания — залог своевременного установления диагноза и успеха в лечении.

Диагностика аденомы предстательной железы на первый взгляд не представляет для врача особых трудностей. Пожилой, а тем более старческий возраст, характерные жалобы больных и проявления заболевания, довольно типичные расстройства мочеиспускания позволяют врачу предположить аденому простаты.

Большое значение при этом имеет беседа врача с больным, расспрос о заболевании, его начале, прояв-

ления, развития. Все это в медицине называется анамнезом (историей) болезни. В целях выявления аденомы, особенно у мужчин пожилого возраста, врач с пристрастием расспрашивает пришедшего на прием больного о его ощущениях в области мочевыводящих органов, особенностях мочеиспускания, характере струи мочи и других проявлениях болезни.

Нередко уже при первой встрече и беседе с больным врач может заподозрить наличие у него аденомы предстательной железы. Невозможность помочиться при мучительных позывах, беспокойное поведение больного, наличие у него шаровидного тела, высоко поднимающегося в нижнем отделе живота, особенно у худых людей, наконец точное указание больного, когда он последний раз мочился, и другие характерные признаки, как правило, позволяют врачу правильно поставить диагноз.

Но так бывает далеко не всегда. К тому же выявленные основные клинические проявления заболевания не обязательно характерны только для аденомы простаты. Расстройства мочеиспускания, например, могут быть и при некоторых других состояниях. Поэтому для точной диагностики врач обязательно производит детальное местное и общее исследование с учетом тех возможных осложнений, о которых говорилось выше.

Диагностика аденомы предстательной железы часто основывается на клинической картине и специальных методах исследования. Конечно, все сказанное относится к компетенции врача. И все же мы считаем целесообразным хотя бы вкратце рассказать читателю об основных направлениях этих исследований. При этом хотелось бы подчеркнуть, что знание и понимание их, хотя бы в общих чертах, позволит читателю в нужных случаях при встрече с врачом оказать ему известную помощь в правильном определении диагноза.

В первую очередь следует отметить значение уже самой беседы больного с врачом. Сообщаемые больным сведения о постоянно нарастающих дизурических явлениях бывают нередко настолько достоверны, что уже сами по себе наводят врача на мысль о вероятности аденомы предстательной железы.

Очень важным является умение больного правильно и при необходимости поподробнее излагать свои жалобы и клиническую картину заболевания, его особенности, изменения в течении и т. д.

Нередко заболевание протекает с такой скудной клинической картиной, столь нехарактерно, что врач из беседы с больным очень мало получает для ориентировки в диагностическом направлении.

Основное значение в диагностике аденомы имеет пальцевое исследование предстательной железы через прямую кишку. Это позволяет врачу определять, увеличена ли железа, и если увеличена, то в какой степени, какова ее форма, консистенция. В ряде случаев в результате такого исследования, особенно при характерной клинической картине, с большой долей вероятности ставится правильный диагноз.

Однако если простата оказывается неувеличенной или даже уменьшенной по сравнению с нормой, то это еще вовсе не исключает наличия аденомы.

Очень важно, чтобы читатель это правильно понимал. Нередко можно наблюдать, когда после того, как врач не нашел заметного увеличения железы, больной считает, что у него аденомы простаты нет. На самом деле это подчас оказывается заблуждением.

Во-первых, степень увеличения железы не всегда соответствует клиническому проявлению заболевания. При незначительно увеличенной или даже вовсе не увеличенной простате может быть яркая клиническая картина, и наоборот, при заметно увеличенной железе клиническое проявление бывает весьма скудным.

И во-вторых, необходимо учитывать анатомическое строение предстательной железы. Ведь она, как мы уже говорили, состоит из двух боковых и одной средней доли. И в тех случаях, когда увеличиваются боковые доли при пальцевом исследовании через прямую кишку, эти изменения врач, как правило, определяет. Если же увеличивается средняя доля, то обнаружить это при помощи такого исследования не всегда представляется возможным. В то же время увеличенная средняя доля простаты оказывает существенное влияние на проявление заболевания.

Указанное обстоятельство хорошо известно врачам. Про это следует знать и больным, чтобы не впасть в опасную ошибку.

Для полного представления об истинной картине заболевания необходимо произвести специальные исследования. К ним относятся инструментальные, радиоизотопные, рентгеновские, ультразвуковые методы, компьютерная томография.

Все перечисленные исследования, естественно, выполняет врач. Однако очень невредно больным иметь представление о характере таких исследований и понимать, для чего они делаются и что дают. Поэтому мы постараемся коротко рассказать о некоторых из них.

В этом есть необходимость потому, что многие больные, назначенные на специальные урологические исследования, испытывая страх перед болью, пытаются избегать их. И совершенно напрасно. Ибо в настоящее время урологические исследования производятся под анестезией и практически без боли переносятся больными.

Исследование при подозрении на аденому простаты обычно начинается с определения остаточной мочи в мочевом пузыре, то есть количества мочи, задерживающейся в мочевом пузыре после мочеиспускания. Это имеет важное значение, так как дает представление о сократительной способности мочевого пузыря и позволяет врачу судить о стадии заболевания.

Остаточную мочу определяют различными способами. Наиболее простой и распространенный из них — метод катетеризации мочевого пузыря. Исследование проводится следующим образом. Больному предлагают помочиться и сразу после этого при помощи катетера выпускают оставшуюся в мочевом пузыре мочу. Количество ее измеряют. Это и есть остаточная моча.

Однако указанный метод имеет ряд недостатков. К ним относятся в первую очередь технические трудности, с которыми нередко сталкивается врач. Трудности объясняются тем, что при увеличенной в размерах простате и развившихся вследствие этого изменениях в уретре затрудняется проведение катетера. Это может вызвать нежелательное раздражение уретры. В ряде случаев вследствие значительного увеличения предста-

тельной железы, особенно неравномерного увеличения различных ее отделов, когда наступает искривление мочеиспускательного канала, провести катетер в мочевой пузырь вообще не удается.

Поэтому в последние годы проводились настойчивые поиски других, более простых способов определения остаточной мочи при подозрении на аденому простаты. Одним из них является радиоизотопный метод определения остаточной мочи. Его уже начали применять в ряде лечебных учреждений.

Из специальных методов исследования особая роль принадлежит цистоскопии, которая производится с помощью специального инструмента — цистоскопа. Последний представляет собой тонкий металлический цилиндр (катетер), снабженный светом (лампочкой) и оптической системой. В просвете трубки помещено несколько линз, последняя из которых представляет собой лупу-окуляр. Все это обеспечивает действительное, прямое изображение.

Производя цистоскопию при аденоме предстательной железы, врач может встретиться с различными изменениями в мочевом пузыре. Это различие в первую очередь зависит от того, в каком периоде болезни больной обращается к врачу. Так, в одних случаях удается видеть весьма характерную картину выступающих в мочевой пузырь выпячиваний в виде опухоли, с несомненностью свидетельствующих о наличии аденомы простаты, а в других — весьма скромные изменения, мало что дающие врачу для установления диагноза.

К цистоскопии врач, как правило, прибегает далеко не всегда, лишь в строго показанных случаях. За последние же годы это исследование при аденоме простаты стало и вовсе применяться редко в связи с тем, что в настоящее время врач располагает достаточным количеством других, более простых информативных методов. И все же в некоторых случаях и в настоящее время врач вынужден прибегать к цистоскопии. Бояться больному этого исследования не следует, ибо врач сделает так, чтобы не вызвать сколько-нибудь резких болей.

Весьма ценную услугу при обследовании больных аденомой простаты оказывает рентгеновское исследова-

ние. Оно бывает особенно информативным, когда течение заболевания осложняется образованием камня в мочевом пузыре.

Даже простой обзорный рентгеновский снимок в ряде случаев дает объективное доказательство заболевания и некоторые важные подробности его — измененные в той или иной степени контуры простаты, наличие в мочевом пузыре одного или нескольких камней, их форму, величину и положение по отношению к предстательной железе и другие весьма важные для установления диагноза сведения.

Очень важно при подозрении на аденому простаты произвести экскреторную урографию. Она представляет собой рентгеновское исследование, основанное на способности почек выделять контрастное вещество, введенное исследуемому внутривенно, и на возможности получить благодаря этому изображение мочевых путей, в том числе и мочевого пузыря.

Для исследования применяют водные растворы контрастных веществ (диодон, урокон, урографин, миокон, кардиотраст, уротраст). При экскреторной урографии врач может судить о размерах, форме аденомы простаты, изменениях, наступивших в результате этого заболевания в мочевом пузыре, мочеточниках, почках, о функциональном состоянии последних.

Благодаря большой информативности экскреторная урография достаточно широко применяется в клинике.

Ценным методом рентгеновского исследования является так называемая простатография — рентгеновский снимок самой простаты. При этом исследовании в мочевой пузырь вводится 100—150 миллилитров воздуха или кислорода.

На рентгеновских снимках, сделанных непосредственно после введения воздуха, бывают хорошо видны очертания, размеры простаты, отношения ее к мочевому пузырю, а при аденоме — неравномерность увеличения долей.

Если в мочевом пузыре или в самой простате имеются камни, то при простатографии они хорошо видны на снимках. Эти и другие сведения оказываются очень полезными не только для диагностики заболевания, но

и при выборе наиболее рационального метода лечения.

В последние годы для диагностики аденомы предстательной железы, а также оценки степени наступивших изменений успешно применяется ряд современных методов исследования, в том числе радиоизотопные и ультразвуковые.

Таким образом, современная медицина обладает богатым и разнообразным арсеналом средств и методов диагностики аденомы предстательной железы, причем даже в начальной стадии заболевания. Это, конечно, вовсе не означает, что врач всякий раз обязательно будет производить весь комплекс указанных исследований. Во многих случаях, когда врачу все ясно, он может ограничиться самыми простыми и несложными методами изучения состояния больного (расспрос, пальпация, определение остаточной мочи и т. п.).

Однако во всех сомнительных случаях, а также при наличии осложнений, чтобы получить детальное представление о характере заболевания, врачу бывает необходимо прибегнуть ко многим диагностическим методикам, а иногда и к консультациям с другими специалистами.

Очень важно подчеркнуть, что неоправданное уклонение больного от тщательного врачебного изучения состояния его организма может принести больший вред, чем лишний анализ или исследование. Больным не следует противиться дополнительным исследованиям, что, к сожалению, иногда приходится наблюдать. В этих случаях врач вынужден тратить немало времени и сил на то, чтобы убедить их в необходимости таких исследований, вместо того чтобы сосредоточить свое внимание на установлении правильного диагноза.

Само собой разумеется, что в каждом конкретном случае выбор врачом методики обследования больного зависит от особенностей проявления болезни, ее стадии, общего состояния, наличия сопутствующих заболеваний и других моментов.

Однако приходится считаться и с тем, что симптомы аденомы железы не всегда являются характерными только для нее, они встречаются и при некоторых других заболеваниях. И сразу разобраться в этом, поставить быстро

правильный диагноз бывает не всегда просто даже опытному врачу-специалисту. Тем более это не по силам самому больному, даже знакомому с медицинской литературой. Поэтому хочется предостеречь больных от попыток самодиагностики, а тем более самолечения, ибо болезнь в таком случае может оказаться запущенной, что чревато тяжелыми осложнениями и другими неприятностями.

Методы лечения аденомы предстательной железы. Все способы лечения аденомы предстательной железы можно разделить на **консервативные** и **оперативные**.

Консервативное лечение имеет своей целью помочь больному справиться с заболеванием без оперативных (хирургических) вмешательств. Оно проводится, как правило, в первом периоде болезни, когда операция еще не показана, хотя может быть применено и при других стадиях, если радикальное хурургическое лечение по каким-либо причинам оказывается невыполнимым.

Консервативное лечение в основном сводится к устранению появившихся симптомов заболевания, главным образом связанных с различными нарушениями акта мочеиспускания, и направлено на предупреждение осложнений.

Обычно таким больным врач рекомендует следить за регулярным мочевыведением, не допускать передерживания мочи, предохранять себя от простуды, избегать охлаждения, особенно промежности и ног. Очень важно держать ноги в тепле. Поэтому старые врачи считали для таких больных наиболее подходящей обувью валенки. Пища должна быть умеренной, с ограничением пряностей. Больным ни в каком виде и ни в каких количествах нельзя употреблять алкогольные напитки, а также не следует много употреблять жидкости.

Так как расстройству мочеиспускания и развитию инфекции в мочевыводящих путях при аденоме простаты могут способствовать запоры, больные должны строго следить за деятельностью кишечника. Очень важны регулярные отправления кишечника. Весьма полезны для этого пешие прогулки и комплекс физкультурных упражнений.

Таким образом, больные должны избегать всего того, что вызывает прилив крови и застой ее в органах малого таза, чтобы уже возникшие нарушения акта мочеиспускания не осложнялись, врач назначает в этих целях особую диету, а при наличии расстройств акта мочеиспускания — различные лекарственные препараты (антисептики, антибиотики).

При назначении антибиотиков, как правило, врач предварительно определяет чувствительность к ним выявленной при посеве мочи микрофлоры.

Если аденома предстательной железы осложняется острой задержкой мочи, врач прибегает к немедленной катетеризации мочевого пузыря. В некоторых случаях, когда почему-либо катетеризацию произвести не удается, врач добивается опорожнения мочевого пузыря пункцией — проколом его через брюшную стенку толстой иглой.

Опорожнение мочевого пузыря производят обычно с осторожностью, выпуская мочу отдельными порциями через определенные промежутки времени. При этом чем старше больной, чем дольше длится задержка мочи и чем, следовательно, дальше зашло заболевание, тем осторожнее требуется опорожнять мочевой пузырь, чтобы не вызвать такие грозные осложнения, как кровотечение из мочевого пузыря и развитие тяжелой почечной недостаточности.

Катетеризация бывает необходимой не только при острой задержке мочи, когда больной совсем не может помочиться, несмотря на переполненный мочевой пузырь, но и при так называемой хронической задержке мочи, когда больной мочится, но при этом мочевой пузырь опорожняется не полностью и часть мочи остается в нем. По мере увеличения количества остаточной мочи возникает потребность в ее удалении. И в этих случаях катетеризация мочевого пузыря часто оказывается необходимой.

По-видимому, читателю нелишне будет знать, что катетеризацией достигается не только механическое удаление из мочевого пузыря остаточной мочи, но и уменьшение отека мочеиспускательного канала, что облегчает мочеиспускание. Кроме того, освобождая пузырь

от остаточной мочи, создается отдых пузырной мышце; тем самым она укрепляется. После полученной передышки, отдыха мышца вновь получает возможность работать с повышенной силой, чем и объясняется улучшение мочеиспускания после катетеризации.

Врачи применяют два вида катетеризации:

1. Регулярную, которая заключается в систематическом введении катетера через определенные промежутки времени.

2. Постоянную катетеризацию, то есть оставление катетера в мочеиспускательном канале на определенный период времени.

Врач прибегает в каждом конкретном случае к тому или другому виду катетеризации с учетом ряда особенностей течения заболевания. Когда больной понимает ее необходимость, когда он сознательно к этому относится, тогда все неудобства, связанные с ней (а таковые несомненно есть), переносятся легче.

Каждый из видов катетеризации имеет свои показания и противопоказания, достоинства и недостатки. Регулярная катетеризация не дает того полного отдыха пузырю, который дает постоянный катетер. Кроме того, частое введение катетера раздражает уретру и не всегда бывает возможным. Зато регулярную катетеризацию удобно применять в амбулаторных условиях.

Хотя катетеризация и считается наиболее безопасным методом, на нее не следует смотреть, как на абсолютно безобидную манипуляцию. Даже в руках опытных врачей возможны различные осложнения. Главной опасностью является внесение инфекции и образование так называемого ложного хода в аденоме, когда катетером нарушается стенка уретры и он идет не по уретре, а через саму аденому простаты. Даже тогда, когда применяются, казалось бы, все предупредительные меры, избежать инфекционного воспаления не всегда удается. В то же время бороться с инфекцией мочевого пузыря при аденоме бывает чрезвычайно трудно.

Кроме того, осложнениями катетеризации могут быть эпидидимит (воспаление придатка яичка), орхоэпидидимит (воспаление придатка и яичка), простатит (воспаление простаты), образование абсцесса простаты.

Ну а когда катетеризацию производят сами больные, а такие случаи все еще встречаются, тогда опасность осложнений во много раз увеличивается. Поэтому самокатетеризация совершенно недопустима. Больной аденомой предстательной железы должен постоянно находиться под наблюдением квалифицированного уролога, который не только в состоянии определить показания к катетеризации, определить ее вид, но и выполнить ее с соблюдением всех правил предосторожности.

Уже давно врачи пытаются лечить аденому предстательной железы гормонами (эндокринными препаратами). Результаты, полученные различными клиницистами, оказались весьма противоречивыми.

Причина этих разногласий, по-видимому, заключается в многообразии морфологической картины аденомы простаты.

В последние годы в ряде случаев довольно успешно применяются некоторые новые лекарственные препараты. К ним относится раверон — экстракт из предстательной железы половозрелых животных, освобожденный от гормонов и белков.

Указанный препарат врачи назначают больным в ранних стадиях аденомы предстательной железы (первая стадия), а также когда имеются противопоказания к оперативному вмешательству. Обычно раверон вводят внутримышечно по одному миллилитру ежедневно или по два миллилитра через день. На курс назначают 30 миллилитров и больше. При необходимости врач может повторить курс лечения. Отмечено, что в ряде случаев, особенно в ранних стадиях, в результате лечения этим препаратом уменьшается частота мочеиспускания, усиливается струя мочи, уменьшаются боли, улучшается общее состояние.

Довольно широко врачи применяют сустанон-250. Это гормональный препарат. При аденоме предстательной железы он также в ряде случаев дает положительный лечебный эффект, уменьшая расстройства мочеиспускания и улучшая общее состояние больного.

Особенностью этого препарата является его пролонгированное действие. Однократная инъекция оказывает эффект в течение четырех недель. Поэтому сустанон-

250 назначают внутримышечно по одному миллилитру один раз в месяц.

Оперативное (хирургическое) лечение аденомы простаты делится на паллиативное и радикальное. При паллиативном лечении применяют операции, имеющие целью косвенным путем улучшить акт мочеиспускания, при радикальном — полное удаление аденомы.

Так как аденомой предстательной железы чаще страдают мужчины пожилого и старого возраста, почти у всех имеются возрастные изменения сердечно-сосудистой и легочной систем. Кроме того, сама аденома нередко приводит к нарушению функции почек, что влечет за собой расстройство деятельности других органов, в том числе сердца и легких.

Поэтому врач в предоперационном периоде большое внимание уделяет укреплению сердечной и дыхательной деятельности, улучшению функции почек, борьбе с инфекцией. Конечно же, при этом решающее значение имеют сроки обращения больного к врачу. Чем раньше больной попадает к врачу, тем большая возможность радикального лечения с хорошим исходом и эффектом. И наоборот. Если заболевание запущено, функция жизненно важных органов резко нарушена, то врач и больной попадают в сложное положение и возможности лечения в таком случае, особенно радикального, очень затрудняются.

Характер оперативного вмешательства может быть различным и зависит от многих моментов. При этом врач учитывает стадию заболевания, степень и характер нарушения акта мочеиспускания, наличие остаточной мочи, инфекции, кровотечения, камней в мочевом пузыре. Естественно, учитывается и общее состояние больного.

Нередко на вопрос врача, почему больной так поздно обратился за медицинской помощью, последний отвечает, что он якобы еще достаточно удовлетворительно справлялся с мочеиспусканием и считает, что время для операции пока не наступило. В этом глубокая ошибка и заблуждение больного.

Здесь следует иметь в виду следующее. Только врач-специалист, основываясь на клиническом проявлении заболевания и комплексе выполненного исследования,

может объективно оценить состояние больного, стадию заболевания и определить характер наиболее рационального на данный момент лечения — консервативного или оперативного.

Если же врач предложит оперативное лечение, а больной по каким-либо причинам не может в это время лечь в хирургический стационар, то и в этих случаях от встречи с врачом больной получит несомненную пользу потому, что врач сможет назначить на какое-то время наиболее целесообразное медикаментозное лечение и дать больному полезные рекомендации. Поэтому мы считаем целесообразным еще раз подчеркнуть, что больному не следует пытаться самостоятельно решать эти непосильные для него вопросы.

Еще сравнительно недавно больных, страдающих аденомой предстательной железы, оперировали в два этапа (двухмоментно). В первый этап на мочевой пузырь накладывали свищ для отведения мочи и через несколько месяцев производили удаление аденомы. В настоящее время такой метод хирургического лечения хотя и применяется, но очень редко и в строго показанных случаях. Современные достижения хирургии позволяют абсолютное большинство больных аденомой предстательной железы оперировать одномоментно, в один этап.

Следует подчеркнуть, что это результат не только роста технических возможностей хирургии, но и значительно возросшей санитарной культуры людей, в результате чего больные стали раньше обращаться к врачу и случаи запущенного заболевания встречаются значительно реже. И все же они еще встречаются. В результате врач в этих случаях бывает вынужден или расчленять операцию, то есть производить ее в два этапа, или в некоторых случаях вообще ограничиваться лишь отведением мочи путем наложения надлобкового свища.

Многие больные тяжело переживают такое состояние, испытывают определенные неудобства и даже иногда впадают в состояние нервного расстройства, депрессии. Нет слов, постоянный надлобковый свищ причиняет определенные неудобства и сложности. Но не настолько, чтобы воспринимать такое состояние, как какую-то трагедию.

При соблюдении гигиенических правил и правильном уходе за свищом такой больной может не только вполне сносно жить, но и сохранить достаточную активность и даже определенную работоспособность. В уходе за надлобковым свищом большая роль принадлежит самому больному. Поэтому целесообразно на этом остановиться более подробно.

Мы не будем подробно говорить об особенностях клинического наблюдения и ухода за такими больными в ближайшем послеоперационном периоде. Это делают в специализированных стационарах и осуществляют высококвалифицированные, опытные, специально обученные медицинские работники (врачи и медицинские сестры).

В этом периоде медики ведут активное наблюдение за сердечно-сосудистой и легочной системами, общим состоянием больных, состоянием послеоперационной раны, за наложенной на нее повязкой. Большое значение имеет правильный уход за кожей, недопущение ожогов от грелок, применение подкладных суден, постановка клизм и многое другое.

Уход за урологическими больными после операций, в том числе и на мочевом пузыре, очень трудоемок. Он требует от всего медицинского персонала, и в первую очередь от медицинской сестры, большого физического и эмоционального напряжения. Это неплохо знать и понимать послеоперационному больному и, как только позволит состояние, постепенно приучаться выходить из-под опеки сестры.

При наложении надлобкового мочепузырного дренажа важную роль уже с самого начала приобретает забота о его функционировании. Нормально моча по дренажным трубкам должна постоянно отделяться каплями. Резиновую трубку (катетер), введенную через специальный разрез в мочевой пузырь, вторым (наружным) концом медики соединяют посредством стеклянной трубки с дополнительной резиновой трубкой, опущенной в резервуар для сбора мочи, в котором находится раствор фурацилина.

Очень важно предупредить сдавление указанных резиновых трубок, чтобы не допустить нарушения их

дренажной функции. За этим должен следить медицинский персонал, но и сам больной тоже.

Требуется уход и за кожей вокруг дренажа, которая может легко мацерироваться и раздражаться. Чтобы избежать этого, кожу в окружности свища смазывают цинковой мазью или специальной пастой.

По мере сформирования свищевого канала, при полном отсутствии или ничтожном просачивании мочи мимо дренажа больного выписывают из больницы домой. Во время его пребывания дома значение правильного ухода за дренажем еще больше возрастает. Возрастает в этом и роль самого больного и его близких. Больные с надлобковыми свищами нуждаются в периодических перевязках, ежедневных или раз в два дня промываниях мочевого пузыря, обеспечении удовлетворительного содержания дренажных трубок, уходе за кожей в окружности свища и других гигиенических и медицинских мероприятиях. Все эти мероприятия важны.

Но особенно важны промывания мочевого пузыря. Цель промываний заключается в поддерживании проходимости дренажной трубки, а также в растяжении мочевого пузыря до нормальной емкости, поскольку в результате постоянного оттока мочи по дренажу происходит спадение его стенок и стойкое сокращение мышечной стенки пузыря. В этом отношении промывания играют тренирующую роль для пузырной мышцы. Для этой цели при промывании мочевого пузыря в него периодически вводят 150—200 миллилитров жидкости и трубку на некоторое время зажимают. Так повторяют несколько раз.

После окончания промывания наружный конец дренажной трубки опускают в мочеприемный сосуд, который подвешивают под одеждой у живота или бедра. В настоящее время промышленностью выпускаются для этого специальные удобные и легко обрабатываемые приспособления, позволяющие собирать мочу (мочеприемники).

Уход за мочепузырным свищом и дренажными трубками, а также промывание мочевого пузыря успешно может производить в домашних условиях сам больной или кто-либо из его родственников после соответствующего врачебного инструктажа. Дренажные трубочки

периодически нужно менять, что выполняет врач или опытная сестра. При хорошем систематическом уходе все неудобства, связанные с наличием надлобкового свища, можно значительно уменьшить, сделать жизнь таких больных не только терпимой, но и позволить им пользоваться всеми ее прелестями и даже в ряде случаев сохранить работоспособность.

В последние десятилетия весьма успешно стала применяться так называемая трансуретральная электрорезекция аденомы простаты. Этот метод отличается от всех других тем, что здесь простой нож заменен электрическим, при помощи которого устраняют препятствие для выделения мочи из мочевого пузыря. Операция заключается в иссечении тканей, суживающих шейку мочевого пузыря, специальным инструментом — резектоскопом.

Резектоскоп представляет собой эндоскопический прибор, снабженный подвижным петлеобразным электродом, при помощи которого срезают патологические ткани. К этому методу в настоящее время широко прибегают урологи как за рубежом, так и у нас. Метод имеет свои показания и противопоказания. Он может быть применен далеко не всегда.

С 1964 года значительное распространение получает метод так называемой криохирургии предстательной железы. При этом методе с помощью специального инструмента замораживают простату. В результате наступает деструкция аденоматозной ткани. Криодеструкция обычно происходит при температуре от —120° до —190° в течение двух—пяти минут.

Но наибольшее распространение из радикального лечения аденомы предстательной железы получил способ так называемой чреспузырной аденомэктомии. В тех случаях, когда функция почек и мочевых путей не нарушена и общее состояние больного удовлетворительное, операция удаления аденомы выполняется в один этап.

Когда же имеются заметные нарушения функции указанных органов, когда общее состояние больного тяжелое, тогда приходится оперировать дважды: на первом этапе в мочевой пузырь устанавливается трубочка (дренаж) для отведения мочи, а затем через два-три месяца, когда состояние больного улучшится и норма-

лизуются показатели, свидетельствующие о восстановлении функции мочевой системы, удаляется аденома.

После операции восстанавливается не только нормальное мочеиспускание, но и половая функция, если она была нарушена вследствие развития аденомы (она может быть нарушена и вследствие других причин, и тогда операция удаления аденомы в этом отношении может не изменить положение).

Перенесшему операцию требуется следить за своим весом и при необходимости корректировать свой рацион.

В тех случаях, когда операция расчленяется на два этапа, после выполнения первого из них за последующие один—три месяца (точный срок укажет уролог) следует себя подготовить ко второму этапу. Необходимо все делать, чтобы окрепнуть физически: систематически гулять, больше двигаться на свежем воздухе, заниматься лечебной физкультурой. Дренажная трубка — катетер в мочевом пузыре не должна быть помехой для этого. Надо только следить, чтобы трубка (катетер) не перегибалась и не нарушался отток мочи.

При наличии надлобкового свища во время прогулок мочеприемный сосуд подвешивают под одеждой у живота или бедер. Бутылки следует чаще менять. Лучше пользоваться плоскими бутылками, они удобнее прилегают к телу. Их нужно мыть стиральчым порошком или мыльным раствором.

Важную роль в этот период играет питание. Питаться следует разнообразно, есть больше овощей, фруктов, ягод, петрушки, укропа. Зимой, когда уменьшается количество витаминов в продуктах, этот дефицит можно с успехом компенсировтаь аптечными витаминными препаратами.

Имеет значение и питьевой режим. Если не беспокоит одышка, нет отеков на ногах и других признаков сердечной недостаточности, желательно принимать до двух литров жидкости в день.

Очень важно следить за функцией кишечника, не допускать запоров. В том случае, когда не удается нормализовать стул при помощи продуктов питания (черный хлеб, свекла, капуста, чернослив), следует обратиться к врачу, который выпишет слабительное.

Если больной строго соблюдает рекомендации врача, как правило, ему удается не только лучше подготовиться, но и сократить подготовительный период перед вторым этапом операции.

Больной должен принять за правило регулярно посещать своего участкового врача поликлиники до операции и в послеоперационный период. Он сможет обеспечить ему лечебно-профилактическую помощь при наличии сопутствующих заболеваний.

Острый простатит

Острое воспаление предстательной железы возникает в результате попадания в нее инфекции. Бактерии в железу могут проникнуть как из соседних близлежащих органов (уретра, мочевой пузырь, придатки яичка, само яичко), так и из отдаленных очагов инфекции (больные зубы, воспаленные миндалины, гнойные заболевания ушей, кожи и т. д.).

Возникновению простатита могут способствовать застой в железе, гиперемия венозного сплетения простаты вследствие сексуальных извращений, запоров, переохлаждений, травм (длительная езда на мотоцикле, верховая езда), погрешности в диете, ослабление общего тонуса организма.

Развитию воспалительного процесса способствуют и некоторые профессиональные факторы. К ним относится прежде всего сидячий образ жизни, что приводит к застойным явлениям в органах малого таза. К таким категориям можно отнести служащих (конторских работников, учителей), некоторые рабочие профессии (шоферы, диспетчеры, часовые мастера). Особенно неблагоприятное влияние оказывает продолжительная работа сидя, связанная с тряской, как это имеет место у шоферов. Это приводит к приливу крови и лимфы к органам таза, то есть к усилению факторов, способствующих развитию простатита.

Значительная роль в развитии простатита принадлежит аллергическим факторам. Особенно это относится к частым рецидивам и обострениям заболевания. Неспе-

цифическая аллергия нередко возникает в сенсибилизированном организме под влиянием факторов, которые не играют роль аллергена. К ним относятся переохлаждение, травма, алкоголь, острая пища. Следует отметить значение алкоголя и острой пищи при простатите. Нередко больные сами отмечают, что стоит им выпить рюмку водки или съесть острую пищу, как возникает обострение процесса.

Симптомы острого простатита весьма разнообразны и широко варьируют. Это зависит в первую очередь от причины, вызвавшей заболевание.

Начало болезни чаще характеризуется высокой температурой, ознобом, болями в промежности, в пояснично-крестцовой области, половых органах, верхних отделах бедер. Боли могут распространяться в надлобковую область, низ живота. Заболевание обычно сопровождается расстройством акта мочеиспускания, учащенным и болезненным выделением мочи.

Наблюдаемый при остром простатите отек предстательной железы является обычно причиной резкого сужения выхода из мочевого пузыря (его шейки), которое может при прогрессировании привести к полной задержке мочи.

Лечение больных острым простатитом сводится к назначению постельного режима, болеутоляющих, антиспазматических и антибактериальных средств. Местно врач обычно предписывает больному тепловые процедуры (микроклизмы, теплые сидячие ванны). Для уменьшения тенезмов и болей хороший эффект оказывают свечи из белладонны или морфина.

Под влиянием такого лечения острые воспалительные явления подвергаются обратному развитию или стихают и больной постепенно выздоравливает.

Однако в некоторых случаях, особенно при недостаточно настойчивом, нерегулярном выполнении больными врачебных назначений или раннем прекращении лечения, острый простатит может перейти в хроническую форму.

Вот почему так важно, чтобы больные с острым простатитом не только как можно раньше обращались к врачу, но терпеливо и пунктуально выполняли все его лечебные

предписания. Это особенно важно в тех случаях, когда лечение проводится амбулаторно и медицинского контроля за состоянием больного и выполнением им лечебных назначений бывает недостаточно.

В настоящее время хотя и редко, но все же иногда наблюдается своеобразная форма острого воспаления — абсцесс простаты. Последний представляет собой отграниченное скопление гноя в отдельных дольках или долях предстательной железы. Возбудитель чаще всего проникает из кишечника и уретры, реже путем заноса инфекции гематогенным (через кровяные сосуды) или лимфогенным (через лимфатические пути) путем из других органов.

Картина болезни имеет свои особенности. Обычно она начинается остро, развивается очень быстро и протекает тяжело. В некоторых случаях бывают и предвестники заболевания в виде недомогания, ощущаемого больными на протяжении двух-трех предшествующих дней, умеренного повышения температуры к вечеру, озноба, затрудненного, болезненного мочеиспускания.

Затем все симптомы получают бурное развитие вплоть до возникновения острой задержки мочи. Такие больные испытывают довольно резкие боли пульсирующего характера в прямой кишке, промежности, болезненные позывы к мочеиспусканию, тенезмы. Самостоятельное мочеиспускание в ряде случаев делается невозможным.

Абсцесс простаты, как правило, требует хирургического лечения. Редко он разрешается вскрытием в уретру, и тогда во время мочеиспускания появляется очень мутная гнойная моча с резким неприятным запахом. Постепенно гноя в моче становится все меньше, клиническая картина стихает, чему в значительной степени способствует проводимое консервативное лечение, и наступает выздоровление.

Возникший абсцесс простаты может вскрыться в прямую кишку или в прилегающую к ней клетчатку. Тогда с калом выделяется много слизи и гноя. Разрешение абсцесса таким путем тоже ведет к улучшению общего состояния больного и уменьшению интенсивности клинических симптомов.

Но как в первом, так и во втором случае после вскрытия абсцесса требуется значительное консервативное лечение, прежде всего противовоспалительное, на что при достаточно хорошем общем состоянии у больного не всегда хватает терпения. А это неизбежно приводит к развитию хронического простатита. Чтобы наш читатель все это достаточно отчетливо себе представлял и понимал, мы и сочли необходимым более или менее подробно остановиться на причинах развития и методах лечения хронического простатита.

Хронический простатит в одних случаях развивается как продолжение острого простатита, в других самостоятельно, с самого начала без клиники острого воспаления. Он может быть как инфекционного, так и неинфекционного происхождения. В последнем случае простатит развивается на почве застоя секрета в железе. При этом длительное раздражение слизистой фолликулов железы продуктами распада застойного секрета вызывает асептическое воспаление ее — так называемый застойный простатит. Причиной застоя являются атония фолликулов и их выводных протоков на почве онанизма или длительного полового воздержания.

Воспалительные изменения при хроническом простатите выражены слабее, чем при острой форме. В клинической картине первого очень много схожего с клиникой аденомы предстательной железы, и поэтому дифференциальная диагностика здесь наиболее сложна. Прежде всего следует отметить, что как в том, так и в другом случае имеется увеличение железы и часто наблюдаются одинаковые расстройства мочеиспускания. Обычно больные хроническим простатитом жалуются на боли, чувство тяжести, зуд или жжение в области промежности, учащенное, болезненное мочеиспускание, частые ночные позывы. Струя мочи тонкая, вялая.

Как нетрудно заметить читателю, эти симптомы очень близки к тем, что бывают при аденоме предстательной железы. Кроме того, больные хроническим простатитом часто жалуются на расстройства половой функции — недостаточность эрекции, быстрое извержение семени, боли при эйякуляции. Упорное течение болезни и беспокойство из-за ненормальных ощущений в области гени-

талий нередко усугубляет половые расстройства, в отдельных случаях приводит больных к депрессивному состоянию, к обостренно болезненному восприятию симптомов, к состоянию, которое врачи называют половой неврастенией.

Однако в течении этих двух заболеваний (простатит и аденома) есть и различия, которые помогают врачу уточнить диагноз. К тому же следует подчеркнуть, что простатит чаще всего развивается в сравнительно молодом возрасте (30—45 лет), тогда как аденома предстательной железы наблюдается в основном после 60 лет.

Правда, из этого правила бывают исключения, и в отдельных случаях простатит возникает в пожилом возрасте, а аденома — в более молодом. В некоторых случаях может наблюдаться сочетание заболеваний, когда на фоне аденомы предстательной железы развивается простатит.

Диагностика хронического простатита бывает насколько простой, настолько и сложной. Кроме тщательного расспроса и осмотра больного, врач, как правило, прибегает к целому ряду специальных исследований. К их числу следует отнести цитологическое исследование — рассмотр под микроскопом отделяемого (секрета) железы. Секрет может содержать слизь, гной и т. д. Простатическое отделяемое врач получает с помощью массажа железы.

По микроскопической картине простатического секрета врач стремится судить о характере изменений в железе. В необходимых случаях возникает надобность в более сложных исследованиях. К ним относятся: везикулография (метод рентгеновского исследования семенных путей и семенных пузырьков), изучение белковых фракций крови, реовазография (исследование кровообращения в железе), цистография (рентгеновское исследование мочевого пузыря), ультразвуковое и радиоизотопное исследование железы.

Хронический простатит требует длительного и терпеливого лечения. При этом чем дольше длится воспалительный процесс в простате, тем длительнее приходится лечить больного.

Положительные результаты получены при лечении

препаратом хорцоль. Обычно уже по истечении четырех недель после начала его применения заметно улучшается самочувствие больного. Препарат способствует снижению прилива крови к простате, рассасыванию воспалительного процесса, уменьшению количества остаточной мочи, повышению силы струи при мочеиспускании, улучшению анализов мочи.

Хорцоль применяют по одной капсуле три раза в день после еды в течение трех-четырех месяцев. Препарат легко переносится больным. В редких случаях может наблюдаться расстройство желудка, что не является основанием для прекращения его приема. Однако больному об этом следует обязательно сказать врачу, который решит, как быть дальше.

В последнее время для консервативного лечения аденомы предстательной железы предложен гормональный препарат примостат. Его вводят внутримышечно по одному-два миллилитра один раз в неделю. При необходимости врач может увеличить дозу вдвое. Курс лечения составляет два-три месяца и при необходимости повторяется. Препарат может вызывать набухание и увеличение грудных желез (гинекомастию).

В отдельных случаях во время инъекции или сразу после нее возникает быстропроходящий приступ кашля. Обычно эти явления быстро проходят и не являются поводом для прекращения лечения. Но это решает врач.

К основным видам лечения относят применение антибиотиков (тетрациклин, морфоциклин, левомицетин, ампициллин, эритромицин, олеандомицин, мономицин), физиопроцедуры и массаж железы. Из лекарственных препаратов хороший результат дают невиграмон, уросульфан.

Учитывая необходимость продолжительного лечения, врач каждые пять — семь дней меняет препараты, чтобы избежать развития привыкания к ним микробов. Для повышения эффективности антибактериальной терапии урологи нередко назначают одновременно два-три антибиотика.

Лечение антибиотиками или химиопрепаратами часто сочетают с применением ректальных свечей. Они оказывают местное воздействие на ткани, окружающие

предстательную железу, и на саму железу. Их благотворное действие заключается в том, что они снимают боли и неприятные ощущения в заднем проходе, действуют противовоспалительно и обезболивающе. Наиболее часто употребляются свечи с анестезином, новокаином, метиленовой синью, димедролом.

В тех случаях, когда эффект от ректальных свечей оказывается недостаточным, прибегают к ректальному введению различных масляных смесей. Физические свойства у всех смесей одинаковы — они жидкие, хорошо обволакивают слизистую оболочку прямой кишки, медленно всасываются в ткани. Эффект от их применения обычно наступает быстро, и уже в первые дни больные отмечают, что у них уменьшаются боли и неприятные ощущения в прямой кишке, в низу живота, промежности, исчезают дизурические явления, нормализуется стул.

Для масляных смесей пользуются облепиховым маслом, дегтем березовым, маслами касторовым, вазелиновым, эвкалиптовым, персиковым, маслом шиповника. При выраженных длительных болях в масло добавляют новокаин.

Важное место в комплексе лечения принадлежит массажу простаты. Он имеет целью удаление застойного секрета и создание гиперемии органа, что способствует рассасыванию воспалительных инфильтратов. Массаж производит врач. Делается он через день или два. На курс лечения обычно назначается 15—20 массажей в течение одного-полутора месяцев, после чего следует двухмесячный перерыв. Чаще его делать не рекомендуется. Не зная этого и испытывая большое желание скорее поправиться, больные иногда без каких-либо оснований требуют удлинения курса массажа, вступая порой с врачом в ничем не обоснованный конфликт.

Хочется еще раз обратить внимание читателей, что подбор различных лечебных методов, лекарств, определение их дозировки — обязанность врача. Самолечение здесь также недопустимо.

Человечеству известно немало грозных заболеваний, вызывающих вполне понятную и объяснимую тревогу заболевших.

Злокачественные опухоли могут развиваться в различных органах и системах человеческого организма. Не составляет исключение и предстательная железа. И прежде чем начать свой рассказ об этой патологии, хочется подчеркнуть, что рак предстательной железы стал практически первым злокачественным новообразованием, консервативное лечение которого оказалось весьма эффективным.

Приведем одно из наших наблюдений.

Больной К., 1910 года рождения, 18 мая 1969 года поступил в стационар в крайне тяжелом состоянии. Он резко ослаблен, самостоятельно передвигаться практически не может (в отделение доставлен на носилках), истощен, угнетен. Жалуется на болевые ощущения по всему телу, кашель, запоры, учащенные позывы и резкие боли при мочеиспускании, тошноту, рвоту, отвращение ко всякой пище, повышение температуры тела, сопровождающееся ознобами.

Больным себя считает около шести месяцев.

При рентгенологическом исследовании обнаружены метастазы. При пальцевом ректальном исследовании выявлено умеренное увеличение предстательной железы, левая доля ее не изменена, правая — хрящевидной плотности. Гистологическое исследование кусочка железы, взятого специальной иглой через прямую кишку (биопсия), показало наличие рака предстательной железы.

В стационаре был начат курс лечения синестролом. Уже через несколько дней после начала лечения больной почувствовал улучшение, уменьшились, а затем и вовсе прекратились боли в костях, появился аппетит, постепенно нормализовалась температура тела. Появился жизненный интерес, активность. Больной стал ходить сперва по отделению, а затем и в парке стационара. Улучшилась картина крови. Прекратились рези при мочеиспускании и учащенные позывы.

Через три месяца больного выписали на амбулатор-

ное лечение. Он постоянно принимал гормоны и находился под нашим наблюдением. Ежегодно его госпитализировали для обследования, коррекции лечения.

Прошло 14 лет после установления диагноза и начала лечения больного К. Самочувствие его остается хорошим, каких-либо жалоб не предъявляет. Трудится. Сам управляет автомобилем и выезжает на дальние расстояния. Живет полнокровной жизнью и считает себя здоровым.

Приведенный пример является иллюстрацией современных возможностей в лечении и излечении больных, страдающих раком предстательной железы.

Клиническая картина рака предстательной железы хотя во многом схожа с аденомой, весьма разнообразна. Даже первые проявления болезни могут быть различными — в одних случаях это расстройства акта мочеиспускания, в других — появление без видимой причины крови в моче, в третьих—возникновение болей в области прямой кишки, в низу живота, промежности. Возможны и другие проявления.

Чаще всего первые проявления болезни характеризуются учащением позывов на мочеиспускание, особенно ночью. Через некоторое время больные начинают испытывать затруднения при мочеиспускании, им приходится при этом натуживаться, струя мочи делается тонкой, вялой. Остается ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Нередко появляется болезненность при мочеиспускании, при этом у одних больных боли возникают перед мочеиспусканием, у других — в конце. Возможна болезненность и на протяжении всего акта мочеиспускания.

Довольно частый симптом рака предстательной железы — ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, как бы неудовлетворенность актом мочеиспускания. Когда нарушение акта мочеиспускания прогрессирует, может наступить и задержка мочи. Последняя иногда бывает первым и единственным проявлением развивающегося рака предстательной железы. Важным у некоторых больных первым симптомом заболевания является появление крови в моче — гематурия.

Появившаяся гематурия бывает иногда кратковременной или продолжается на протяжении нескольких недель

и даже месяцев. Перемежающийся характер гематурии (то появляется, то через некоторое время исчезает) объясняется тем, что через некоторое время после ее возникновения просвет поврежденного сосуда закрывается тромбом и кровотечение прекращается. И так может повторяться много раз. Такое течение заболевания нередко успокаивает больных, усыпляет их бдительность, они привыкают к нему, не обращаются к врачу или отказываются от предложенного обследования.

А заболевание делает свое дело, постепенно развивается. Теряется дорогое время. Поэтому каждому человеку при любом появлении крови в моче надлежит немедленно побывать у врача. Это надо сделать неотлагательно, желательно уже в первые часы после его возникновения. Обследование в поликлинике в первые часы после возникновения гематурии способствует быстрейшей постановке диагноза.

В большинстве случаев при раке простаты у больных бывают боли, локализующиеся в области прямой кишки, промежности, крестце, в поясничной области. Довольно часто наши больные жалуются на запоры, нередко довольно тяжелые. Иногда наблюдается картина непроходимости кишечника. Наряду с указанными симптомами могут появляться и признаки нарушения деятельности почек с последующим развитием их недостаточности. Тогда возникает общая слабость, утомляемость, сухость во рту, жажда, потеря аппетита, головная боль. В дальнейшем к этим симптомам присоединяется изнуряющая рвота, прогрессирующее похудание.

В настоящее время современная урология располагает большим арсеналом диагностических средств для раннего распознавания опухолей предстательной железы. Но без беседы врача с больным диагноз будет неполным. Больной должен подробно рассказать врачу все о своих ощущениях, терпеливо и обстоятельно (но немногословно) ответить на его вопросы. Нередко можно наблюдать раздражительность некоторых больных по поводу, как им кажется, несущественных или не имеющих отношения к болезни вопросов врача. Но они не правы.

Правильно проведенная беседа, как говорят медики,

правильно собранный анамнез, в котором активную роль играет не только врач, но и больной, в ряде случаев позволяет наметить правильный план обследования, а в дальнейшем и лечения.

Очень ценные данные для правильной постановки диагноза предоставляет пальцевое исследование предстательной железы через прямую кишку. К сожалению, некоторые больные стесняются этого исследования и даже всячески избегают его. Конечно, это исследование не вызывает положительных эмоций, но и не настолько оно неприятное, чтобы отказываться от него.

Вместе с тем хорошо известно врачам и очень важно, чтобы это стало известно и мужчинам — пациентам уролога, что в ряде случаев заболевание может ничем не проявляться и лишь изменения в железе, определяемые через прямую кишку, позволяют его заподозрить.

Очень важным, а иногда и решающим диагностическим методом является рентгеновское исследование. Так, применяется цистопростатография (рентгеновский снимок мочевого пузыря и предстательной железы после предварительного введения в мочевой пузырь воздуха или кислорода). Большую информацию дает уретрография — исследование уретры с помощью наполнения ее рентгеноконтрастным веществом. Практически всегда врач прибегает к экскреторной урографии, что позволяет врачу судить о состоянии функции почек, которая нередко при раке простаты нарушается.

Большой информативностью обладает компьютерная томография, которая в настоящее время широко применяется в онкологии. Все чаще сегодня врачи прибегают к радиоизотопной диагностике. Принцип ее использования основан на способности новообразования поглощать введенные в организм изотопы в зависимости от состояния изучаемых тканей.

За последние годы для диагностики заболеваний предстательной железы успешно применяется сравнительно новый метод исследования — эхография (ультразвуковая диагностика). Она основана на регистрации с помощью радиоэлектронной аппаратуры сигналов, отраженных на границах раздела тканей и органов, отличающихся своими акустическими параметрами,— скоростью распростра-

нения в них ультразвуковых волн, коэффициентами поглощения и отражения. Разработанные у нас в стране ультразвуковые диагностические аппараты позволяют получить документальную информацию о размерах, глубине расположения, взаимоотношениях нормальных органов и тканей, а также об объемных (опухолевых) процессах и даже их структуре.

Известно, что многие больные боятся исследований прежде всего из-за болей или каких-либо других нежелательных проявлений, которые не всегда удается полностью избежать. Эхография в этом отношении выгодно отличается от других исследований. При этом методе в организм ничего не вводится и на человека не оказывается никакого воздействия. Поэтому отсутствие каких-либо неприятных для больного ощущений при ультразвуковых исследованиях позволяет при необходимости проводить повторные и даже многократные исследования. Кроме того, и это очень важно, указанный метод может применяться независимо от состояния больного и таким образом не имеет абсолютно никаких противопоказаний и ограничений.

Несмотря на использование многочисленных современных средств распознавания рака предстательной железы, в ряде случаев окончательный диагноз может быть поставлен только с помощью биопсии (гистологическое исследование кусочка ткани железы, взятого специальной иглой или во время операции).

Лечение, как и большинство других заболеваний, тем более сложных, тяжелых, каким является заболевание, о котором идет речь, должно проводиться под руководством врача в стационаре, а затем амбулаторно.

Успех лечения этого заболевания во многом зависит от самого больного, его аккуратности, его пунктуальности в приеме назначенных врачом лекарственных препаратов.

Лечение может быть различным, оно достаточно сложное и ответственное, требует глубоких специальных знаний от врача, и, конечно, даже не может быть и речи о каком бы то ни было самолечении.

И если мы сейчас остановим внимание читателя на лечении, то, во-первых, речь будет идти лишь о его основных направлениях, общих принципах, а во-вторых, с

единственной целью, чтобы читатель имел о нем общее представление и мог вместе с врачом сознательно в нем участвовать.

Принято считать, что в борьбе со всякой болезнью участвуют трое: больной, его болезнь и врач. И очень важно, какая произойдет раскладка сил. Когда больной объединится с болезнью, то врач останется в одиночестве и бороться ему одному с больным и его болезнью будет очень трудно. Если же больной объединится с врачом против болезни, последняя, как правило, будет побеждена. Чтобы этот союз был осознанной необходимостью, прежде всего со стороны самого больного, он должен в разумных пределах быть посвященным в особенности и принципы лечения.

При раке предстательной железы врачи применяют гормональное и хирургическое лечение. Второе предусматривает удаление всей железы вместе с опухолью. Это бывает возможно, когда опухоль не выходит за пределы капсулы железы.

Наиболее эффективным методом лечения рака предстательной железы является лечение гормонами (гормонотерапия). Применяют различные препараты, содержащие женские половые гормоны (эстрогены). Под их влиянием раковые клетки в предстательной железе подвергаются распаду и разрушению. При этом опухоль довольно быстро уменьшается в размерах. Гормональное лечение таким больным проводится с момента установления диагноза и продолжается на протяжении всей жизни. Используют различные гормональные препараты для внутримышечного, внутривенного и перорального (через рот) введения.

Гормонотерапия может сочетаться с хирургическим лечением и назначаться после операции или применяться с самого начала как самостоятельное лечение. В процессе лечения гормонами отмечается, и нередко достаточно значительное, набухание и увеличение грудных желез. Но с этим больным необходимо мириться.

Настойчивое систематическое лечение больных, страдающих раком предстательной железы, бывает достаточно успешным и сохраняет жизнь и работоспособность больных на многие годы.

Профилактика заболеваний предстательной железы

Говоря о профилактике заболеваний предстательной железы, следует различать предупредительные меры общего порядка, то есть являющиеся общими для всех болезней предстательной железы, и мероприятия при каждом конкретном ее заболевании. К первым следует отнести весь комплекс мер, направленный на укрепление организма, повышение его сопротивляемости инфекции, поддержание общего физического тонуса. Это закаливание, регулярные занятия гигиенической гимнастикой, разумные физические нагрузки. Особенно следует подчеркнуть значение в профилактике заболеваний предстательной железы таких видов физкультуры, как бег и ходьба.

Очень важно по возможности оберегаться от контактов с больными инфекционными заболеваниями.

Среди профилактических мер общего характера большая роль принадлежит борьбе с курением и алкоголизмом.

Очень важной профилактической мерой общего характера является борьба с гипокинезией — недостаточной двигательной активностью человека. Физические упражнения должны оказывать не только оздоровительное, профилактическое, но и лечебное влияние. При их помощи решаются следующие задачи:

оказать тонизирующее воздействие на нервную систему;

улучшить процессы обмена веществ;

постоянно стимулировать функции сердечно-сосудистой системы;

поддерживать функции внутренних органов и систем;

замедлить процессы инволюции в организме, уменьшить степень их выраженности.

Кроме общеукрепляющих гимнастических упражнений, очень полезными оказываются ходьба, бег, плавание, ходьба на лыжах, велосипед, гребля, туризм, катание на коньках, игры в волейбол, городки, теннис, бадминтон. Объем нагрузки, конечно, должен соответствовать состоянию здоровья, возрасту и тренированности.

Теперь остановим внимание читателя на некоторых особенностях профилактики при различных заболеваниях предстательной железы.

Профилактика простатита. Большое место в предупреждении простатита принадлежит недопущению проникновения в мочевые пути инфекции, а при ее наличии настойчивая борьба с ней, то есть лечение.

Инфекционно-воспалительные заболевания органов мочеполовой системы, такие, как пиелонефрит, цистит и другие, могут повлечь за собой развитие простатита. Источниками инфекции могут быть как общие инфекционные заболевания (грипп, тифы), так и местные очаги воспаления (тонзиллит, кариес зубов), откуда с кровью или лимфой бактерии могут попадать в мочевые пути. Поэтому в профилактике простатита важная роль принадлежит своевременной их ликвидации.

Так как одна из причин развития простатита — застойные явления в органах малого таза, то подвижный образ жизни, активная продолжительная ходьба, устраняя указанные явления, являются хорошей профилактикой простатита.

Сказанное имеет значение как для острого, так и хронического простатита и его рецидивов.

О вреде курения в развитии заболеваний предстательной железы уже говорилось. Здесь следует лишь еще раз подчеркнуть, что у курильщиков, даже если они уменьшают количество затяжек, более тяжело протекает хронический простатит, а результат лечения часто бывает кратковременным.

Среди профилактических мероприятий несомненное значение имеет питание, исключение из рациона острых блюд, специй, любых алкогольных напитков. Более подробно об этом речь пойдет ниже.

Во время заболевания и в течение двух-трех недель после него половая жизнь противопоказана.

Острый простатит обычно не отражается на половой функции, и если лечение начато своевременно и проводится в полном объеме, то впоследствии нарушений половой способности, как правило, не наблюдается. Только тогда, когда предстательная железа в результате заболевания полностью разрушается, что, к счастью, бы-

вает крайне редко, могут появиться симптомы полового бессилия.

Перенесший острый простатит должен в течение трех — шести месяцев находиться под диспансерным наблюдением уролога и строго выполнять все его указания. Последние, как правило, сводятся к периодическому приему противовоспалительных лекарств, соблюдению режима питания и половой жизни. Здесь следует предостеречь больных от попыток принимать самостоятельные решения.

Так, очень опасно, если больной, избавившись от симптомов острого воспалительного процесса, думает, что он уже здоров.

Дело в том, что инфекция, как правило, и после исчезновения признаков заболевания какое-то время сохраняется в предстательной железе и в любой момент может вызвать новое обострение. Поэтому совершенно недопустимо, основываясь лишь на самочувствии, самостоятельно прекращать лечение.

Важная роль в предупреждении прогрессирования или рецидива заболевания принадлежит мерам по устранению всего того, что способствует венозному застою крови в простате и окружающих тканях. Продолжающийся венозный застой крови в простате нарушает тонус мышц предстательной железы, что резко снижает их сократительную способность. Это, в свою очередь, приводит к неполному опорожнению простаты от секретов во время полового акта.

А при застое крови и секрета подавленная, но полностью не уничтоженная инфекция начинает себя проявлять, и порой довольно бурно. Все это необходимо учитывать больному, чтобы не допустить развития хронического простатита и его рецидивов. Необходимо следить за нормальным опорожнением кишечника, а также не допускать половых излишеств, прерванного или искусственно затягиваемого полового акта и других отклонений от нормальной половой жизни.

В предупреждении рецидивов хронического простатита большое значение имеет санаторное лечение, особенно на грязевых и сероводородных курортах.

Грязевые курорты

Анапа (находится в 52 километрах от города Новороссийска). Применяются грязи Чембургского озера.

Боровое (находится в Казахской ССР). С лечебной целью используется кумыс, а также высокого качества лечебная грязь озера Балпаш-Сор.

Бердянск (Запорожская область). Расположен на берегу Азовского моря.

Евпатория. Располагает высококачественными лечебными грязями лимана. Кроме того, это прекрасный приморский климатический курорт.

Карачи (находится в Новосибирской области). Грязь иловая озера Карачи.

Кашин (Калининская область). Обладает ценными лечебными факторами: железистыми минеральными водами, железистым торфом. Имеется ряд источников минеральных вод. Вода используется для питья и для ванн.

Лакенай (Литовская ССР). Лечебные факторы: минеральные воды, торфяные лечебные грязи.

Саки. Крым. Лечебные грязи Сакского соленого озера. Имеется также слабоминерализованная минеральная вода.

Старая Русса (около Новгорода). Располагает минеральными водами, которые используются для ванн и питьевого лечения, сероводородной лечебной грязью соленых водоемов.

Тинаки (под Астраханью). Применяются лечебнополовые грязи Тинакского озера.

Учум (Красноярский край). Основные лечебные факторы — сероводородная грязь и вода озера Учум.

Угдан (Читинская область). Применяется грязь озера Угдан.

Эльтон (Волгоградская область). Основные лечебные факторы — иловая грязь озера Эльтон, а также вода минерального источника Сморогдинского. Вода используется и для ванн.

Сероводородные курорты

Арчман (около Ашхабада). Бальнеологический и климатический курорт. Вода слабосероводородная.

Балдане (около Риги). Бальнеологический и грязевой курорт. Для лечения используются торфяные грязи и минеральные воды, которые относятся к слабосероводородным.

Горячий Ключ (Краснодарский край). Для лечения используются сероводородные минеральные воды. Воды применяются как для ванн, так и для питья.

Ейск (Краснодарский край). Это бальнеотерапевтический, грязевой и приморский курорт. Имеются грязи Ханского озера. Минеральная вода содержит бром, йод и свободную углекислоту, а также микроэлементы железа, марганца, меди и др.

Кемери (около Риги). Бальнеотерапевтический и грязевой курорт. Гидроминеральные ресурсы курорта составляют слабоминерализованные сероводородные воды и торфяные грязи.

Ключи (Пермская область). Бальнеотерапевтический курорт. Имеется сероводородная минеральная вода, а также лечебная грязь Саксунского пруда.

Менджи (Грузинская ССР). Для лечения используются сероводородные хлоридно-натриевые воды.

Пятигорск. Бальнеотерапевтический и грязевой курорт. В лечебных целях используется более 30 источников минеральных вод. На курорте также имеются углекислосероводородные горячие, радоновые слабоуглекислые холодные и углекислые теплые, а также холодные минеральные воды.

Сочи. Основными лечебными средствами являются мацестинские минеральные источники (сероводородные, хлоридно-натриевые воды), морские купания.

Можно также рекомендовать **Сергиевские Минеральные воды** (Куйбышевская область). **Синяк** (Закарпатская область), **Тамиск** (Северо-Осетинская АССР), **Усть-Качка** (Пермская область), **Хилово** (Псковская область).

Профилактика аденомы предстательной железы

К факторам, которые предрасполагают к развитию аденомы предстательной железы, можно отнести патологически протекающий мужской климакс, гормональный сдвиг в организме мужчины, систематический прием алкоголя, нарушение режима питания. Немаловажная роль принадлежит наследственному фактору, гипокинезии.

Не следует забывать простую истину, заключающуюся в том, что сохранению здоровья на протяжении всей жизни человека в первую очередь способствует правильное чередование труда и отдыха.

В пожилом же возрасте это особенно необходимо. Движение, физическая нагрузка во всех видах должна стать в этот период жизни обязательной.

Занятия спортом нужно строго дозировать, учитывая возрастные изменения, индивидуальные особенности организма и степень тренированности. Ведь одно дело, когда человек всю жизнь активно занимается спортом, другое — если он ранее занимался нерегулярно, и третье — если он уже давно прекратил занятия. Естественно, в каждом из этих трех случаев врач и методист по лечебной физкультуре дадут разные рекомендации.

По вопросу, как начинать и как заниматься физической тренировкой, имеется немало специальной литературы. Можно рекомендовать читателю брошюру Н. М. Амосова «Сердце и физические упражнения», К. Купера «Новая аэробика», Д. Ф. Чеботарева «Здоровье в любом возрасте».

Очень важно, чтобы физические упражнения проводились не только утром, но и в течение рабочего дня в специально отведенное время. Кроме общих физических упражнений, большое значение имеет специальная гимнастика, направленная на активизацию моторной функции и кровообращения в органах малого таза.

В пожилом возрасте необходимо строго следить за регулярным мочеиспусканием, не допускать передержки мочи, предохранять себя от простуды, избегать охлажде-

ния. Не следует сидеть на холодном, купаться в холодной воде.

Одним из основных факторов профилактики заболевания является правильный режим питания. Пища должна быть разнообразной, умеренно калорийной, не обильной. Пожалуй, будет справедливым утверждение — лучше легкое недоедание, чем легкое переедание.

Особо большую роль играет питание у больных, которым проводится консервативная терапия. Здесь речь уже идет о лечебном питании, составляющем важный и обязательный элемент комплексного лечения.

Однако не следует забывать, что длительное пребывание на одной и той же диете (однообразное питание) неизбежно приведет к относительному голоданию организма, нарушению обменных процессов со всеми вытекающими отсюда последствиями. С помощью разнообразного, полноценного рациона можно добиться улучшения обменных процессов у больных, страдающих многими хроническими заболеваниями, в том числе и предстательной железы. А это очень важно.

Так как аденома предстательной железы в своем клиническом проявлении тесно связана с состоянием почек и мочевых путей, которые могут оказаться вовлеченными в патологический процесс, диета больного должна быть направлена на то, чтобы по возможности не раздражать, не тревожить почки и мочевые пути.

Следует также добиваться достаточного диуреза. Для этого рекомендуется пить сладкий чай, чай с молоком, свежее молоко, простоквашу, есть творог, сметану, сливочное масло (не соленое), супы крупяные, фруктовые, овощные, молочные.

Мясо говяжье, птицу и рыбу нужно употреблять в отварном виде, мучные изделия — в умеренном количестве. Соли надо употреблять не более трех—пяти граммов в день.

Очень важно, чтобы пища всегда была витаминизирована. Витамины оказывают регулирующее действие на обменные процессы, повышают сопротивляемость организма к инфекции, содействуют выведению токсических веществ из организма, благотворно влияют на нервную и эндокринную системы, улучшают обменные процессы.

Особенно важно присутствие в пищевом рационе витаминов А, В и С.

Среди лечебно-профилактических мер видное место принадлежит санаторно-курортному лечению. Однако следует сразу сказать, что специализированных санаториев для лечения страдающих аденомой предстательной железы не существует. Такие больные должны лечиться в так называемых общесоматических санаториях, где лечение обычно направлено в первую очередь на укрепление общего состояния человека, улучшение его сердечно-сосудистой и легочной систем, регуляцию обменных процессов.

Учитывая, что аденомой предстательной железы страдают люди пожилого возраста, для них полезны курорты местного значения. Им запрещаются длительные морские купания, загорание, резкие изменения условий жизни и климата.

Очень важно, чтобы больной аденомой простаты уже при появлении первых признаков заболевания обратился к врачу-урологу и скрупулезно выполнил все его рекомендации, чтобы он, почувствовав исчезновение признаков заболевания, не прекращал самостоятельного лечения без разрешения на то врача.

Кроме указанных рекомендаций, следует посоветовать таким больным, а точнее всем пожилым людям, сидеть только на жестком стуле, спать на жесткой постели, не пользоваться перинами, ночью тепло не укрываться. Зимой им нужно носить теплое белье и носки, избегать переохлаждений. На многих благотворное влияние оказывают теплые сидячие ванны за час до сна в течение 10—12 минут при температуре не свыше 36—37°.

Здесь хочется сказать о том, что мужчине в предклимактерический период в целях профилактики заболеваний простаты следует периодически встречаться с урологом, чтобы получать от него гигиенические советы.

Среди гигиенических мер, важных для здоровья мужчин, основную роль, на наш взгляд, должны играть различные физические упражнения (рис. 2,3,4,5,6,7,8). Мы хотим предложить два комплекса упражнений, улучшающих кровообращение и повышающих моторику в органах малого таза.

I. Комплекс упражнений, улучшающих кровообращение в малом тазу

1. Исходное положение лежа на спине:

— ноги, согнутые в коленях, опираются ступнями о кровать; разведение и сведение колен свободно и с сопротивлением; движения тазом вправо и влево; поднимание таза;

— поочередно сгибая ноги в коленях, подтягивать их к животу; то же одновременно обеими ногами; поочередное движение прямых ног в стороны и кверху;

— имитация движений ног при плавании способом «брасс», «велосипед» одной и двумя ногами; одновременное разведение прямых ног с последующим скрещиванием их; поочередное круговое движение прямыми ногами.

2. Исходное положение лежа на правом боку:

— правая нога сгибается в колене и подтягивается к животу, движение прямой левой ноги вперед и назад; круговое движение левой ноги.

— то же на левом боку.

3. Исходное положение на четвереньках:

— ритмичное сгибание и прогибание туловища в поясничном отделе с втягиванием мышц промежности;

— круговые движения таза возможно с большей амплитудой;

— поочередное подтягивание ног к животу с последующим их выпрямлением назад вверх с перегибанием туловища в пояснице, поочередное отведение в сторону и приведение прямой ноги.

4. Исходное положение стоя:

— поднимание рук вверх; подтянуться и одновременно втянуть задний проход;

— покачивание прямой ногой вперед и назад;

— ходьба на месте с высоким подниманием колен.

II. Комплекс упражнений для повышения моторной функции органов малого таза

1. Исходное положение на спине:

— поочередное сгибание и разгибание ног в коленном и тазобедренном суставах;

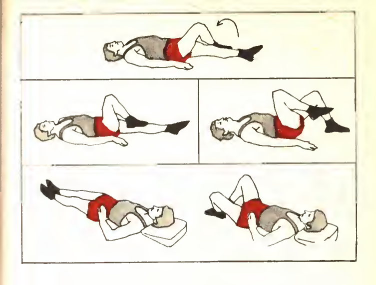


Рис. 2. Упражнения для укрепления мышц таза

— поочередное поднимание и отведение прямой ноги с возвращением в исходное положение;

— движение «велосипед» попеременно одной и другой ногой; «велосипед» двумя ногами;

— поочередное и одновременное подтягивание согнутых в коленях ног к животу;

— поочередное и одновременное поднимание прямых ног;

— поочередное движение ног в сторону с одновременным поворотом таза и с последующим возвращением в исходное положение;

— имитация движения ног при плавании способом «брасс».

2. Исходное положение стоя на четвереньках:

— диафрагмальное дыхание с втягиванием живота на вдохе;

— поочередное подтягивание согнутой в колене

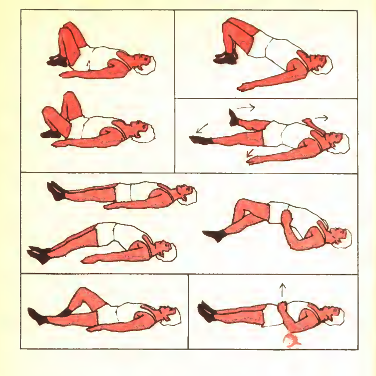


Рис. 3

ноги к животу с последующим выпрямлением ее назад;

— переход в положение стоя на коленях и обратно на четвереньки.

3. Исходное положение стоя:

— движения туловища в разных направлениях (сгибание, боковые наклоны, повороты и вращение туловищем);

— ходьба на месте с высоким подниманием колен;

— пружинящая ходьба на месте на носках;

— подскоки;

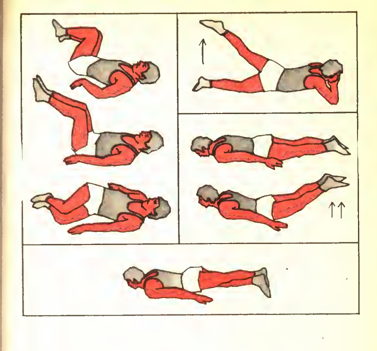


Рис. 4.

— углубленное дыхание.

Каждый комплекс упражнений должен занимать 20—25 минут.

III. Комплекс упражнений, укрепляющих мышцы живота тазового дна

1. Исходное положение лежа на спине:

— поочередно перенести одну ногу через выпрямленную другую;

— поочередно согнуть ноги в коленях, скользя пятками по кровати к ягодицам;

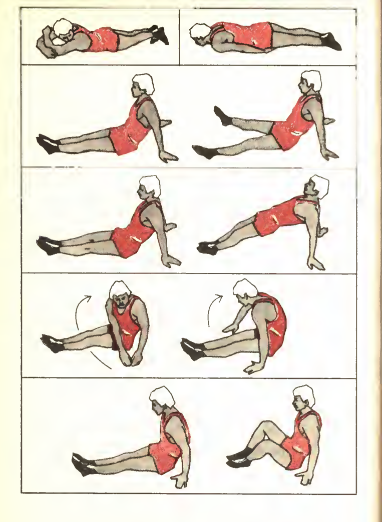
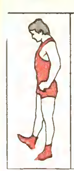


Рис. 5



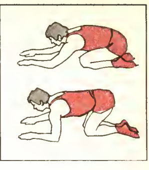


Рис. 6

— поочередно каждой ногой, сгибая ее в коленном и тазобедренном суставах, прикоснуться стопой одной ноги к бедру другой;

— одновременно согнуть ноги в коленях, отрывая пятки от кровати;

— поочередно сгибать ноги, стараясь коснуться коленом груди;

— одновременно согнуть ноги в коленях, стараясь прижать их к груди;

— поочередно поднять то одну, то другую выпрямленную ногу вверх;

— выполнить движение ногами, как при езде на велосипеде;

— поднять прямые ноги вверх;

— скрестить и развести в стороны прямые ноги, поднятые под углом 50—90°;

— выполнить ногами движение, как при плавании стилем «брасс»;

— руки вдоль туловища, ноги, согнутые в коленных и тазобедренных суставах, стоят на полной ступне. Поочередно притягивать бедро к животу, стараясь коснуться коленом груди;

— руки вдоль туловища, ноги вместе. Скольжением рук по туловищу согнуть их, кисти к подмышечным впадинам с одновременным сгибанием ног в коленных суставах и разведением их;



Рис. 7.

— руки на голову. Поднять обе прямые ноги вверх, развести в стороны, согнуть в коленных суставах, выпрямить, привести вместе и вернуться в исходное положение;

— ноги согнуты в коленных суставах, стопы соединены. Свести и развести колени. Развести руками колени в стороны, свести колени, вытянуть ноги;

— ноги согнуты, ступни около ягодиц. Поднять таз вверх, опираясь на локти, плечевой пояс и ступни. Сильно напрячь ягодичные мышцы, втянуть в себя задний проход;

— ноги согнуты в коленях, пятки около таза. Поднять таз вверх, опираясь на стопы и плечевой пояс

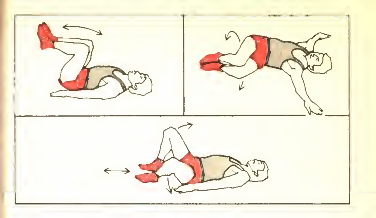


Рис. 8.

с одновременным подниманием выпрямленной ноги вверх и отведением ее в сторону;

— руки вдоль туловища, ноги врозь. Одновременно с движением прямых рук в стороны ладонями вверх развести ноги в тазобедренных суставах носками наружу. Переходя в исходное положение, повернуть руки ладонями вниз, а ноги пятками внутрь;

— руки вытянуты вдоль туловища, ноги выпрямлены. Поднять таз (опираясь на пятки, локти, плечевой пояс и голову), втягивая задний проход;

— прижать подколенные области к кровати, одновременно втягивая задний проход и напрягая ягодичные мышцы;

— перейти в положение сидя с помощью рук;

— ноги закреплены. Перейти в положение сидя без помощи рук;

— то же упражнение с усложнением его различными исходными положениями рук (руки к плечам, на голову, вверх и т. д.);

— ноги закреплены, руки вдоль тела. Сесть, согнуться вперед, касаясь руками ступней ног;

— руки на животе. Глубокий вдох, сильно выпятить живот. Выдох. Живот втянуть;

— руки вдоль тела, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, прижать друг к другу. Поворачивать обе ноги в левую сторону вместе с нижней частью туловища, стараясь положить их набок. То же проделать в другую сторону.

2. Исходное положение лежа на животе:

— руки под головой. Поочередно поднять выпрямленную правую и левую ногу с одновременным втягиванием заднего прохода;

— руки вдоль тела, ноги врозь, носки оттянуты. Поднять одновременно обе выпрямленные ноги вверх и опустить;

— руки вдоль тела, пальцы ног упираются в пол. Поочередно разогнуть правую и левую ногу в коленном суставе с одновременным напряжением мышц бедра и ягодицы выпрямленной ноги;

— руки под головой, ноги врозь. Приподнять правую половину туловища вверх, напрягая мышцы бедра, ягодицы и сокращая мышцы промежности. То же с левой половиной туловища;

— руки вдоль тела, пальцы ног упираются в пол. Разогнуть одновременно обе ноги в коленных суставах, втягивая задний проход и сокращая обе ягодицы.

3. Исходное положение сидя на полу:

— упор сзади. Развести и свести выпрямленные ноги, не отрывая их от пола. Из этого же положения приподнять таз от пола;

— наклонить туловище вправо, опереться кистями обеих рук справа около таза. Переставляя кисти рук по полу, наклонить туловище влево. То же в другую сторону;

— упор руками сзади на уровне ягодиц, пятки прижаты друг к другу. Не отрывая пяток друг от друга и от пола, согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах, стараясь пошире развести колени и втянуть промежность. Вернуться в исходное положение;

— руки перед грудью, спина прямая. Повернуть туловище направо, выпрямляя правую руку. То же в другую сторону.

4. Различные исходные положения:

— ноги врозь, руки на пояс. Круговые движения туловищем в правую и левую стороны;

— ноги шире плеч, руки вверх. Наклонить туловище вперед, стараясь кистями рук коснуться сначала правой, потом левой ступни;

— ноги шире плеч, руки на пояс. Поочередно согнуть ногу с переносом веса тела на нее;

— ноги врозь, руки перед грудью. Повернуть туловище вправо с одновременным отведением назад руки. То же в другую сторону;

— ноги врозь, руки на пояс. Наклонить туловище в сторону, вправо, влево;

— руки в стороны. Поочередно поднимать выпрямленную ногу вперед, в сторону и назад;

— глубокое приседание;

— руки на пояс. Оторвать от пола правую ногу, смещая вверх правую половину таза. То же другой ногой;

— стоя на четвереньках, не отрывая рук от пола, сесть направо на пол, потом налево;

— стоя на коленях, с опорой на локтях, сесть на пятки, расслабить мышцы тазовой области; возвратиться в исходное положение, сильно напрягая ягодичные мышцы;

— из этого же исходного положения достать коленом правой ноги локоть левой руки. То же другой ногой.

Профилактика рака предстательной железы

В профилактике злокачественных новообразований, в том числе и предстательной железы, определенную роль играет ряд факторов. Остановимся на некоторых из них. В настоящее время абсолютное большинство ученых и клиницистов считает, что развитию злокачественных опухолей предшествуют так называемые предраковые заболевания. К ним относят такие патологические состояния, которые могут переродиться в злокачественные.

Из указанных заболеваний прежде всего следует указать на доброкачественные опухоли, в том числе и в мочеполовых органах. Это, конечно, вовсе не означает, что все доброкачественные опухоли относятся к предраковым и обязательно со временем переродятся в злокачественные. Напротив, такая возможность не так уж велика. Но она является достаточной для оправдания очень внимательного наблюдения за ними, а иногда и для их удаления.

Вторым не менее важным моментом в профилактике злокачественных опухолей являются хронические воспалительные заболевания. Не будет большим преувеличением, если мы скажем, что любая хроническая инфекция подготавливает благоприятную почву для рака.

Исходя из сказанного, всякая хроническая инфекция должна быть полностью излечена. Дело зто непростое. Оно требует большой выдержки и упорства как врача, так и больного.

Всем хорошо известно, что с возрастом частота злокачественных новообразований возрастает. Ученые объясняют зто различными моментами и, в частности, естественными накоплениями в организме различных канцерогенных веществ, а также ослаблением иммунных реакций организма.

Борьба с возможным, а в ряде случаев и неизбежным накоплением канцерогенных веществ сводится к максимальному изъятию их из окружающей среды. Сразу же следует сказать, что зто довольно непростое дело.

Что же касается ослабления иммунных реакций организма, то ученые понемногу учатся их восстанавливать. В настоящее время выделен гормон, носящий название «тимозин», который стимулирует клеточный иммунитет. Это средство уже стало применяться для иммунного «омоложения» пожилых людей.

Важное место в профилактике злокачественных опухолей имеет правильное пользование солнечными лучами. Прежде всего следует отметить прямую связь солнечной радиации с опухолями не только кожи, но и других, даже глубоко расположенных органов. Поэтому важно, чтобы люди понимали, что постоянное пребывание на солнце и неумеренное загорание не только

не приносят пользу для здоровья, но потенциально опасны с точки зрения риска заболеть раком.

Многие ученые сегодня утверждают, что существует прямая связь между тучностью, с одной стороны, и частотой возникновения различных злокачественных заболеваний, в том числе и предстательной железы — с другой.

Экспериментально доказано, что бедная калориями пища не способствует возникновению и росту многих злокачественных опухолей. Стремление современных женщин к умеренному весу — отличная мера профилактики рака. По данным страховых компаний Франции, смертность от рака равна 111 на 100 тысяч человек с нормальным весом. У людей с весом, превышающим норму на 25%, она достигает 143 на 100 тысяч населения, а у людей, чей вес меньше нормального на 15%, составляет лишь 95.

Одним из путей борьбы с раком является нормализация обменных процессов в организме. А нарушение обменных процессов возникает при нерациональном, не соответствующем гигиеническим требованиям питании. В связи со сказанным можно рекомендовать, чтобы энергетическая ценность питания находилась на нижней границе нормы и не переступала ее.

Но очевидно, не в одной энергетической ценности дело. Поэтому мы решили посвятить вопросам питания отдельный раздел.

Особенности питания при заболеваниях предстательной железы

Еще в далекие времена люди разделяли продукты по их воздействию на организм и пользовались этим. Они знали, что одни продукты питания действуют послабляюще (капуста, свекла, слива, мед), другие закрепляюще (айва, мак, кизил, груша, льняное семя), третьи мочегонно (дыня, арбуз, яблочный и виноградный сок). Хорошо также известно, насколько вредно чрезмерное употребление острой пищи, маринадов, пряностей.

Очень важен режим питания, включающий в себя

не только качество и количество потребляемой пищи, но и регулярность ее приема, соблюдение правильных интервалов между приемами пищевых продуктов и распределение суточного набора (калорийности) в течение дня. Как для здоровых людей, так и для большинства больных рациональным является четырехразовое питание.

Важную роль питание играет и при заболеваниях предстательной железы. Но прежде чем говорить о питании, когда заболевание уже возникло, следует сказать о его особенностях, которые могут способствовать предупреждению возникновения и развития рассматриваемых нами болезней.

Учитывая, что аденомой предстательной железы люди болеют, как правило, в пожилом возрасте, мы позволим себе остановиться на профилактическом значении питания именно для этого возраста.

Вряд ли у кого-нибудь может вызвать сомнение, что в пожилом возрасте, во всяком случае значительно больше, чем в молодом, для сохранения здоровья и трудоспособности правильное, рациональное питание играет особенно большую роль.

Между тем данные Института геронтологии АМН СССР свидетельствуют, что 75% пожилых людей питаются неправильно. Из них около 20% переедают, остальные едят не то, что нужно, — в их питании преобладает мясная и мучная пища, сладости, сдоба, острые блюда и в то же время в недостаточном количестве представлены продукты, содержащие биологически активные вещества, то есть молочные, рыбные, овощные, фрукты, соки.

Как показывает практика, в пожилом возрасте люди часто чрезмерно увлекаются едой, хотя энерготраты организма уже намного уменьшились и, следовательно, потребность в них сократилась. В результате переедания увеличивается вес, что неизменно влечет нарушение обмена веществ и способствует развитию различных заболеваний, в том числе и заболеваний предстательной железы.

Снижение энергетической ценности рациона является адаптационной потребностью возраста. По рекоменда-

циям Всемирной организации здравоохранения, энергетическая ценность рациона по достижении возраста свыше 50 лет должна быть снижена на 15%, старше 60 лет — 20%, старше 70 — 30%.

Ориентировочная энергетическая ценность рациона пожилого человека не должна превышать 2300—2400 килокалорий. Особенностью питания в пожилом возрасте должно являться правильное содержание в рационе белков, жиров и углеводов.

Белки на 55—60% должны быть животного происхождения. Из белковых продуктов представляют ценность для пожилых молоко, творог, нежирная рыба, постное мясо, гречневая и овсяная крупы, соя. Очень полезны продукты моря — кальмары, морские гребешки, мидии.

Из жиров следует отдавать предпочтение растительному маслу, особенно нерафинированному, в котором много фосфатидов, но не забывать и о сливочном масле (около 25 граммов в день), по возможности исключить бараний, свиной жир.

Количество углеводов нужно ограничить в основном за счет легкоусвояемых (сахара, варенья, меда) и кондитерских изделий.

В рационе должны быть в достаточном количестве овощи, фрукты, ягоды, соки. А вот такие продукты, как жирных сортов птица, мясо, щавель, шпинат, шоколад, колбасы, копчености, сало, яичные желтки, лучше употреблять как можно в меньших количествах.

Очень важно в этом возрасте повысить перистальтику кишечника, что достигается при помощи продуктов, богатых клетчаткой. К ним относятся хлеб ржаной, овощи, фрукты, фасоль, горох, гречневая, перловая и пшенная крупы. Хлеб лучше употреблять вчерашний. В очень небольших количествах не приносят вред сухари, печенье.

На ночь хорошо выпить стакан кефира или съесть 100 граммов чернослива. Очень важно максимальное разнообразие питания.

Из первых блюд предпочтение следует отдавать вегетарианским супам (фруктовые, овощные, крупяные, свекольники, борщи и т. д.). Позволительно не более

двух-трех раз в неделю включать в меню нежирный мясной или рыбный бульон.

Мясо, рыбу, птицу (нежирных сортов) для вторых блюд лучше отварить или готовить на пару. После отваривания их можно слегка обжарить или запечь в духовом шкафу. Полезны самые различные крупы. Ограничиваются макароны и макаронные изделия. Исключаются бобовые. Как можно больше рекомендуется овощей, соков. Яйца — не более четырех штук в неделю, лучше в виде белкового омлета.

Для улучшения вкусовых качеств блюд можно добавлять соусы — молочные, овощные. Из напитков допускаются некрепкий чай, кофе с молоком, фруктовые и ягодные соки, компоты, кисели, морсы. Алкоголь следует исключить.

Таковы общие принципы питания людей в пожилом возрасте. Чем старше становится человек, тем строже он должен их соблюдать. Эти рекомендации даны для здоровых людей пожилого возраста. При развитии у них каких-либо заболеваний в рацион следует внести соответствующие коррективы.

Подводя итог всему сказанному, для пожилых людей можно рекомендовать следующее примерное недельное меню:

Понедельник

Завтрак	Редис с луком зеленым и растительным маслом. Рыба отварная с картофелем и молочным соусом. Каша овсяная на молоке. Кофе с молоком.
Обед	Салат из свежих помидоров. Свекольник. Мясо отварное с картофельным и морковным пюре, зеленым горошком. Фруктово-ягодный компот.
Ужин	Творог с сахаром. Каша гречневая с маслом. Чай с молоком.
На ночь	Кефир.

Вторник

Завтрак	Салат из свежих огурцов. Бифштекс рубленый с луком и овощами. Чай с лимоном.
Обед	Сельдь с зеленым луком. Вегетарианский борщ со сметаной. Домашнее жаркое. Кисель фруктовый.
Ужин	Сырники со сметаной. Сок фруктовый.
На ночь	Простокваша.

Среда

Завтрак	Салат из свежей капусты с яблоками. Котлеты мясные с гречневой кашей. Кофе с молоком.
Обед	Салат зеленый с огурцом, яйцом и сметаной. Уха. Рагу из вываренного мяса с тушеной капустой. Кисель фруктовый.
Ужин	Творожная запеканка со сметаной. Чай с медом.
На ночь	Свежие яблоки.

Четверг

Завтрак	Морковь тертая со сметаной. Колбаса докторская отварная с овощным гарниром. Каша пшенная. Чай с молоком.
Обед	Салат овощной. Суп картофельный. Рыба жареная с картофельным и свекольным пюре. Компот из свежих фруктов.
Ужин	Крупеник с творогом. Каша геркулесовая на молоке.
На ночь	Кефир.

Пятница

Завтрак	Сельдь вымоченная с отварным картофелем. Котлеты мясные с гречневой кашей. Чай с молоком.
Обед	Салат из свежих помидоров. Суп молочный с рисом. Говядина отварная с вермишелью и белым соусом. Компот.
Ужин	Морковно-творожная запеканка с фруктовым соусом. Котлеты морковные. Чай с медом.
На ночь	Простокваша.

Суббота

Завтрак	Винегрет. Сосиски с картофельным и свекольным пюре. Чай с лимоном.
Обед	Салат овощной. Овощная мясная окрошка. Гуляш из отварной говядины с гречневой кашей. Кисель молочный.
Ужин	Рыба отварная с зеленым горошком. Каша рисовая на молоке. Чай.
На ночь	Чернослив.

Воскресенье

Завтрак	Салат из свежих помидоров. Суфле мясное или рыбное с картофельным пюре. Каша рисовая молочная. Кофе с молоком.
Обед	Салат из овощей. Бульон куриный с домашней лапшой. Куры отварные с овощным гарниром. Компот из свежих фруктов.

Ужин Котлеты морковные.
Творог со сметаной.
Чай.

На ночь Кефир.

Питание больных, страдающих заболеваниями предстательной железы, должно проводиться с учетом многих факторов. К ним относятся характер заболевания, его форма и стадия, особенности течения болезни, возникшие осложнения, функциональные нарушения больного органа, состояние других органов и систем.

В каждом конкретном случае характер питания определяет врач. Лишь он в состоянии правильно оценить и учесть целый ряд моментов. А вот выполнение врачебных рекомендаций, особенно в домашних условиях, всецело зависит от самого больного. Поэтому знание особенностей лечебного питания приобретает большое значение.

При появлении признаков аденомы предстательной железы необходимо переходить на более строгое лечебное питание. При этом должны обязательно учитываться возрастные особенности, характер заболевания, его клиническое проявление и возможные осложнения. Конечно, лучше всего это сделает лечащий больного врач. Однако если по каким-либо причинам такая возможность исключена и самому больному приходится выбирать питание, то наиболее рациональным столом в таких случаях будет 10-й, а иногда и 7-й (по номенклатуре Института питания АМН СССР).

Мы позволим себе коротко охарактеризовать обе указанные диеты.

Краткая характеристика 10-й диеты. Она обеспечивает физиологические потребности организма в пищевых веществах. Вместе с тем создает благоприятные условия для кровообращения во всех органах и тканях, щадит сердечно-сосудистую систему, органы пищеварения, мочеполовые органы, улучшает выведение из организма азотистых шлаков и недоокисленных продуктов.

В диете умеренно ограничиваются белки (80—90 граммов), жиры (70 граммов), углеводы (350—400 граммов), уменьшена до минимума поваренная соль, а также

свободная жидкость (до 1000 миллилитров). Энергетическая ценность диеты 2600—2800 килокалорий.

Пища готовится без соли. Блюда тушеные, вареные или паровые. Питание дробное до шести раз в сутки.

При 10-й диете разрешается: хлеб пшеничный, серый; некрепкие чай и кофе; сырые фруктовые и овощные соки, отвар шиповника, молоко, кефир, простокваша, творог, сметана, сливочное масло и растительные жиры; яйца не более одного в день; супы вегетарианские, крупяные, овощные, фруктовые, молочные; мясо нежирных сортов (говядина, телятина, курица, индейка, кролик) в вареном виде или после отваривания обжаренное, запеченное; рыба нежирная (судак, треска, навага, карп) вареная или после отваривания обжаренная, овощи и зелень (морковь, свекла, цветная капуста, картофель, зеленый горошек, свежие помидоры, огурцы, салат, тыква, кабачки, вываренный лук, арбуз, дыня) натуральные, отварные запеченные; различные крупы и макаронные изделия, приготовленные на воде и молоке в виде каш, пудингов, крупенника, котлет и т. д.; разные фрукты и ягоды без ограничения в сыром и вареном виде; кисели, компоты, варенье, мед, курага, урюк, чернослив.

Исключаются из 10-й диеты: мясные, рыбные и грибные отвары; тугоплавкие жиры (бараний, свиной, говяжий); газированные напитки; жирные блюда; бобовые (горох, фасоль, бобы, чечевица); алкогольные напитки; крепкий чай и кофе, какао, шоколад; острые, соленые закуски и приправы; внутренние органы животных (мозги, печень, почки); икра, редька, редиска, невываренный лук, чеснок, щавель, шпинат; мясные и рыбные консервы; сдобные мучные изделия.

Ужин должен быть легким, не обременяющим желудочно-кишечный тракт и не вызывающим повышенное мочеотделение (профилактика никтурии — отделение мочи за ночь больше, чем днем). Необходимо постоянно следить за регулярным опорожнением кишечника.

К пищевым веществам, обладающим выраженным послабляющим действием и рекомендуемым этим больным, можно отнести: овощи (свекла, морковь, капуста, тыква, огурцы, помидоры); фрукты и ягоды; молочные

продукты (творог, кефир, простокваша, сливки, сметана); сухофрукты (чернослив, курага, инжир, изюм); мед, растительные жиры (подсолнечное, кукурузное, оливковое, хлопковое масло); крупы (гречневая, перловая, пшено).

Умело подбирая продукты и блюда при построении рациона, можно существенно способствовать нормальной деятельности кишечника. При этом необходимо обращать внимание не только на состав диеты, но и на режим питания, так как во всех случаях неупорядоченного питания нарушается ритмичность работы кишечника.

Хороший эффект для нормализации деятельности кишечника оказывают слабительные сборы.

1. Кора крушины — три части, листья крапивы — две части, трава тысячелистника — одна часть. Одну столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, пить по четверти или половине стакана на ночь.

2. Листья сенны — шесть частей, кора крушины — пять частей, плоды жостера — пять частей, плоды аниса — пять частей, корни солодки — две части. Готовить и принимать, как и сбор № 1.

Эффективное действие оказывает послабляющая паста: 300—400 граммов чернослива и 250 граммов инжира промыть холодной кипяченой водой (из чернослива вынуть косточки) и пропустить через мясорубку, добавить 250 граммов меда и 15 граммов измельченного в муку александрийского листа. Все перемешать, хранить в холодном месте.

В указанной пасте можно увеличить или уменьшить количество александрийского листа от 10 до 30 граммов и принимать ее от одной чайной до двух столовых ложек на половину стакана кипяченой воды комнатной температуры.

В качестве столовой минеральной воды больным с аденомой предстательной железы можно рекомендовать углекислую гидрокарбонатно-натриевую воду «Боржоми», а из минеральных вод, оказывающих послабляющий эффект, сульфатно-хлоридную натриево-магниевую воду «Лысогорская», горькую сульфатно-натриево-магниевую воду «Баталинская» (последние две воды обладают высокой степенью минерализации, и их применение

рекомендуется после консультации с врачом и при отсутствии нарушений в функции почек).

В тех случаях, когда заболевание проявляется дизурическими явлениями (учащенное, болезненное мочеиспускание), необходимо перейти на более строгую диету № 7. По этой диете пища готовится без соли, разрешается лишь небольшое подсаливание во время ее приема. Прием пищи пять раз в сутки. Жидкости разрешается до 1000 миллилитров. Блюда паровые, вареные.

При диете № 7 исключаются из рациона хлеб обычной выпечки, мучные изделия; мясные, рыбные и грибные бульоны, супы из бобовых, жирные жареные и тушеные без предварительного отваривания мясо и рыба; колбасы, сосиски, консервы, копчености, соленая рыба; сыры, бобовые, грибы, щавель, шпинат, соленые, маринованные и квашеные овощи, перец, горчица, крепкий кофе, шоколад, какао.

Диета № 7 широко показана при заболеваниях предстательной железы, поэтому целесообразным будет подробнее ознакомить с ней читателя.

Примерное семидневное меню диеты № 7

Понедельник

Первый завтрак	Омлет натуральный паровой. Каша геркулесовая молочная. Чай.
Второй завтрак	Желе фруктовое.
Обед	Щи вегетарианские со сметаной. Мясо отварное под сметанным соусом, рисовая каша. Яблоко.
Ужин	Пудинг морковный с творогом и сметаной. Отвар шиповника.
На ночь	Кефир или чернослив.

Вторник

Первый завтрак	Творожная паста. Каша молочная манная. Чай.

Второй завтрак Отвар шиповника.

Обед Суп вегетарианский из сборных овощей со сметаной. Рагу из отварного мяса, овсяная каша на молоке. Желе лимонное.

Ужин Котлеты картофельные жареные со сметаной. Кисель фруктовый.

На ночь Простокваша или курага.

Среда

Первый завтрак Рыба отварная, запеченная со сметаной, отварной картофель с зеленью. Чай с лимоном.

Второй завтрак Печеное яблоко.

Обед Суп фруктовый с рисом и сметаной. Мясо отварное, запеченное с овощами и сметаной. Кисель ягодный.

Ужин Рагу из овощей. Яблочный сок.

На ночь Ряженка или чернослив.

Четверг

Первый завтрак Оладьи с яблоками и сметаной. Чай с молоком.

Второй завтрак Свежие фрукты.

Обед Борщ вегетарианский со сметаной. Рыба отварная, запеченная с гречневой кашей под сметанным соусом. Отвар шиповника.

Ужин Плов рисовый с изюмом, морковью и сметаной. Кисель молочный.

На ночь Кефир или курага.

Пятница

Первый завтрак Котлеты морковные жареные со сметаной. Чай с молоком.

Второй завтрак Печеное яблоко.

Обед — *Суп из шиповника с черносливом. Говядина отварная, запеченная с овощами в сметанном соусе. Свежие ягоды и фрукты.*

Ужин — Вермишельная запеканка с творогом. Пюре из тыквы.

На ночь — Простокваша или инжир.

Суббота

Первый завтрак — Колбаса докторская с картофельным пюре и маслом. Чай с вареньем.

Второй завтрак — Фруктовое желе.

Обед — Свекольник холодный с простоквашей. Биточки мясные, запеченные с гречневой кашей в сметанном соусе. Отвар шиповника.

Ужин — Картофельная запеканка с творогом и сметаной. Кисель фруктовый.

На ночь — Ряженка или чернослив.

Воскресенье

Первый завтрак — Творог со сливками. Каша манная молочная. Чай с медом.

Второй завтрак — Свежие ягоды или фрукты.

Обед — Суп молочный рисовый. Курица отварная с белым соусом, жареным картофелем. Желе лимонное.

Ужин — Пудинг рисовый с изюмом и сметаной. Отвар шиповника.

На ночь — Кефир или инжир.

Диета № 7 показана больным, страдающим острым и хроническим простатитом, особенно на высоте заболевания. По мере стихания процесса можно перейти на диету № 10.

В заключение раздела нелишне подчеркнуть, что диета, кроме учета характера заболевания, должна соответствовать общему состоянию организма больного, а также имеющимся у него сопутствующим заболеваниям.

Заключение

Итак, мы закончили изложение некоторых наиболее часто встречающихся заболеваний предстательной железы. Настоящая брошюра адресована молодым и пожилым мужчинам, еще не испытавшим описываемых заболеваний, и тем, кто уже страдает от них.

Подводя итоги всему сказанному, с целью профилактики и уменьшения вероятности развития заболеваний можно предложить следующие рекомендации:

соблюдать наиболее рациональный режим дня, который включал бы в себя обязательные ежедневные 20—30-минутные прогулки, особенно перед сном, физический труд, систематические физические упражнения, занятия спортом и другие меры, предупреждающие раннее старение организма;

исключить половые излишества.

придерживаться гигиенического режима питания, исключающего прием острых блюд, алкоголя, переедания;

полностью отказаться от курения;

обеспечить сон в достаточно жесткой постели, исключающей провисания таза;

не допускать переохлаждения, как местного (ноги, область промежности), так и общего;

обеспечить регулярную деятельность кишечника, предупреждать запоры.

Эти и другие рекомендации, о которых речь шла выше, могут способствовать предупреждению заболевания, а при развившемся — быстрейшему и эффективному его лечению.

Показывая современные возможности в диагностике и лечении таких заболеваний предстательной железы, как простатит, аденома и рак, мы стремились подчеркнуть роль в этом самих больных, их родных и близких, показать значение раннего обращения к врачу уже при первых признаках заболевания и тем самым активно способствовать эффективности лечения.

Мы нередко слышим, что здоровье и долголетие каждого человека в его руках, что многие болезни легче предупредить, чем лечить. Это действительно так. Но

все ли мы делаем для того, чтобы сохранить свое здоровье? К сожалению, нет.

В силу вредных привычек, слабой воли, либо иных причин многие из нас безответственно относятся к своему здоровью, а подчас и к здоровью окружающих.

Одной из причин этого являются недостаточные познания людей в некоторых общегигиенических правилах и требованиях. Именно поэтому особое внимание в брошюре уделено мерам профилактики заболеваний. При этом хотелось бы еще раз подчеркнуть, что наши возможности в предупреждении описанных заболеваний неизмеримо шире, чем многие себе это представляют.

В СССР созданы все условия для широкого осуществления мер по раннему выявлению заболеваний. Важная роль в этом принадлежит проведению массовых профилактических осмотров среди мужчин, достигших 50 лет. Такие осмотры и широкое проведение санитарно-просветительной работы среди населения несомненно приведут и к лучшим результатам лечения своевременно выявленных заболеваний предстательной железы.

КРАТКИЙ СЛОВАРЬ ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ В БРОШЮРЕ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

Андрогены — мужские половые гормоны.

Аденомэктомия — хирургическое удаление аденомы предстательной железы.

Азотемия — повышение содержания в крови азотистых шлаков.

Биопсия — изъятые участки ткани для микроскопического исследования.

Везикулография — рентгеновское исследование семенных пузырьков после введения в них контрастного вещества.

Гематурия — кровь в моче.

Гематогенный путь — занос инфекционного начала через кровь.

Дизурия — расстройства мочеиспускания (учащение, болезненность, затрудненность).

Изотопная ренография — исследование функции почек с помощью радиоактивных изотопов.

Лимфогенный путь — занос инфекционного начала через лимфу.

Неудержание мочи — непроизвольное выделение мочи при императивном (настоятельном) неудержимом позыве на мочеиспускание.

Недержание мочи — непроизвольное выделение мочи без позыва на мочеиспускание.

Никтурия — увеличение ночного диуреза (количества мочи).

Нефрография — рентгеноконтрастное изображение почки.

Олигурия — уменьшение суточного количества мочи.

Остаточная моча — количество мочи, задерживающееся в мочевом пузыре непосредственно после мочеиспускания.

Орхит — воспаление яичка.

Олигурия — уменьшение количества мочи.

Орхоэпидидимит — воспаление яичка и его придатка.

Поллакиурия — учащение мочеиспусканий.

Полиурия — увеличение суточного количества мочи.

Простатография — рентгеновское исследование предстательной железы.

Простатит — воспаление предстательной железы.

Пиелонефрит — воспаление лоханки и паренхимы почки.

Сканирование простаты — изображение предстательной железы с помощью радиоактивных изотопов.

Уремия — тяжелое состояние, вызванное резким повышением содержания мочевых шлаков в крови.

Уретрит — воспаление мочеиспускательного канала.

Урография экскреторная (инфузионная) — изображение почек и мочевых путей после введения в кровяное русло рентгеноконтрастного вещества, выделяемого почками.

Уретрография — рентгеновское исследование мочеиспускательного канала после заполнения его рентгеноконтрастным веществом.

Хромоцистография — исследование функции почек путем введения краски в кровяное русло и наблюдения за ее выделением из устьев мочеточников при цистоскопии.

Цистография — рентгеновское исследование мочевого пузыря.

Цистопростатография — рентгеновское исследование мочевого пузыря и предстательной железы после введения в мочевой пузырь воздуха или рентгеноконтрастного вещества.

Цистоскоп — аппарат, предназначенный для исследования мочевого пузыря.

Цистоскопия — осмотр внутренней поверхности мочевого пузыря.

Цитологическое исследование — микроскопическое исследование отделяемого простаты.

Цистит — воспаление мочевого пузыря.

Эстрогены — женские половые гормоны, продуцируемые яичниками у женщин и надпочечниками у обоих полов.

Эпидидимит — воспаление придатка яичка.

Содержание

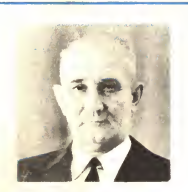
Юрий Дмитриевич ГЛУХОВ
Профилактика заболеваний предстательной железы

Главный отраслевой редактор *А. А. Нелюбов*
Редактор *Б. В. Самарин*
Мл. редактор *Л. Т. Щербакова*
Художник *В. И. Савела*
Худож. редактор *М. А. Гусева*
Техн. редактор *А. М. Красавина*
Корректор *В. Е. Калинина*

ИБ № 6618

Сдано в набор 03.02.84. Подписано к печати 03.01.84. А11843. Формат бумаги $70 \times 100^{1}/_{32}$. Бумага тип. № 3. Гарнитура журнально-рубленая. Печать офсетн. Усл. печ. л. 3,90. Усл. кр.-отт. 8,12. Уч.-изд. л. 4,64. Тираж 929 690 экз. Заказ 250. Цена 15 коп. Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 846305. Ордена Трудового Красного Знамени Калининский полиграфический комбинат Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. г. Калинин, пр. Ленина, 5.

15 коп. Индекс 70063



ГЛУХОВ Юрий Дмитриевич — заслуженный врач УССР, кандидат медицинских наук, возглавляет крупное клиническое лечебное учреждение. Автор более 60 научных работ по различным проблемам урологии. Большое внимание в своих работах он уделяет заболеваниям предстательной железы и ее лечению, а также диагностике, лечению и профилактике различных других заболеваний мочеполовой системы. Принимает участие в разработке и практическом применении современных методов исследования урологических больных с целью улучшения диагностики и целенаправленности лечения, в том числе и хирургического. Активно участвует в пропаганде медицинских знаний среди населения.

ИЗДАТЕЛЬСТВО • ЗНАНИЕ •